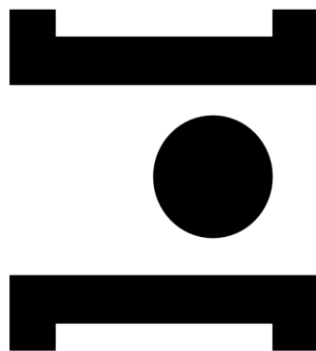


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES EM CONTEXTO DE
ATENDIMENTO AO DOENTE - ESTUDO DE CASO NUMA
UNIDADE DE SAÚDE EM PORTUGAL**

Dissertação

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Ana Cláudia de Matos Milheiro Saraiva

Orientação:

Professora Doutora Carla Isabel Russo Vivas

Professor Doutor Ruben Joaquim Pinto Loureiro

Julho, 2024

Agradecimentos

À minha mãe, por ter sido ao longo de toda a minha vida, o meu melhor exemplo de coragem, dedicação, resiliência e força, e por sempre me ter encorajado a seguir os meus sonhos e a apostar na minha formação.

Ao meu irmão, que mesmo sem se aperceber, me deu o maior exemplo de determinação e superação ao alcançar os objetivos a que se propôs, enfrentando os desafios com que se deparou.

Ao meu marido, por ter sido o meu suporte. Por se ter dedicado a manter-me “de pé” durante este período em que o meu tempo e foco recaíram sobre a realização deste trabalho. Por me ter escutado e serenado, nos momentos em que o *stress* e a insegurança se apoderaram de mim.

A todos os profissionais de saúde que constituem a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde, que participaram neste estudo, através da resposta às entrevistas e preenchimento dos questionários.

À minha Orientadora, Prof. Dra. Carla Vivas, e ao meu Coorientador Prof. Dr. Rúben Loureiro, pela sua disponibilidade e sabedoria no encaminhamento deste trabalho.

Acrónimos/Siglas

AAM – Auxiliar de Ação Médica

ACS – Avaliar a Cultura de Segurança

CISD – Classificação Internacional sobre Segurança do Doente

CQS – Comissão de Qualidade e Segurança

DGS – Direção-Geral da Saúde

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

Her+ - Plataforma disponibilizada pela Unidade de Saúde em estudo para a notificação de incidentes

IAC – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IOM – *Institute of Medicine*

MS – Ministério da Saúde

NOTIFICA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAMSD – Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RAM – Resistência aos Antimicrobianos

SNNIEA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

Resumo

O presente estudo tem como objetivo identificar e analisar os constrangimentos sentidos pelos profissionais de saúde, que integram a equipa multidisciplinar de uma Unidade de Saúde em Portugal, na notificação de incidentes verificados durante o atendimento ao doente.

Tendo sido realizado um estudo de caso, com características exploratórias, os resultados obtidos indicam uma taxa de utilização da plataforma de notificação de incidentes de 57,1%, sendo que 73,3% dos inquiridos entende a notificação de incidentes como uma mais-valia para a melhoria dos cuidados prestados. A identificação das causas da subnotificação permitiu delinear ações de melhoria, com o objetivo de ultrapassar o problema identificado, permitindo a promoção de uma cultura de segurança organizacional centrada na segurança do doente.

Palavras-chave: gestão do risco clínico; notificação de incidentes; qualidade em saúde; segurança do doente; segurança organizacional.

Incident Notification in the Context of Patient Care – Case Study in a Health Unit in Portugal

Abstract

The aim of this study is to identify and to analyze the constraints faced by healthcare professionals who are part of the multidisciplinary team of a healthcare unit in Portugal when reporting incidents that occur during patient care.

A case study with exploratory characteristics was carried out. The results obtained indicate a 57.1% rate of use of the incident reporting platform, being that 73.3% of those surveyed consider incident reporting to be an asset for improving the care provided. Identifying the causes of underreporting allowed us to outline improvement actions in order to overcome the problem identified, allowing the promotion of a culture of organizational safety focused on patient safety.

Key-words: *clinical risk management; incident reporting; health quality; patient safety; organizational safety*

ÍNDICE

Agradecimentos.....	i
Acrónimo/siglas	ii
Resumo	iii
<i>Abstract</i>	iv
Índice.....	v
Lista De Gráficos	vii
Lista De Tabelas.....	xi
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	12
1.Introdução.....	12
CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA	15
2.Revisão da Literatura.....	15
2.1.Segurança do Doente	15
2.1.1. Segurança do doente, um elemento fundamental da qualidade	16
2.1.2. Segurança do doente, evolução.....	17
2.1.3. Segurança do doente, o contexto Português.....	20
2.1.4. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes	23
a. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020	23
i. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 - Avaliação	24
b. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026	25
2.1.5. A Cultura de Segurança do Doente.....	26
2.1.6. Avaliação da Segurança do Doente	28
2.2.Gestão do risco clínico.....	28
2.2.1. O processo do incidente	29
2.2.2. Tipologia dos incidentes na prestação de cuidados de saúde.....	31
2.2.3. Fatores que contribuem para a prevenção de incidentes na prestação de cuidados	33
2.3. Sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos.....	35
2.3.1. Principais características dos sistemas de notificação	35
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	38
3.Problemática da Investigação e Objetivos do Estudo.....	38
3.1. Problemática da Investigação	38
3.1.1.Objetivos do Estudo.....	40
3.2. Modelo de Estudo Proposto e Variáveis em Estudo.....	41
3.3. Procedimentos Metodológicos	43

3.3.1. Estudo de Investigação Qualitativo e Instrumento de Colheita de Dados.....	43
3.3.2. Estudo de Investigação Quantitativo e Instrumento de Colheita de Dados.....	45
3.4. Amostra	47
3.4.1. Estudo de Investigação Qualitativo	47
3.4.2. Estudo de Investigação Quantitativo	47
3.5. Considerações Éticas	48
3.6. Obtenção de Resultados.....	48
3.6.1. Estudo de Investigação Qualitativo	48
3.6.2. Estudo de Investigação Quantitativo	49
CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	50
4.Apresentação de Resultados	50
4.1. Resultados das Entrevistas.....	50
4.1.1. Caracterização da amostra	50
4.1.2. Resultados relativos aos objetivos do estudo.....	50
4.2. Resultados dos Questionários	58
4.2.1. Caracterização da amostra	58
4.2.2. Resultados relativos aos objetivos do estudo.....	61
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	90
5.Discussão de Resultados.....	90
5.1. Conhecer a taxa de utilização da plataforma de registo de incidentes	90
5.2. Compreender a importância da notificação de incidentes para os indivíduos em estudo	91
5.3. Entender a perceção dos inquiridos face ao desempenho da gestão do risco clínico na Unidade de Saúde em estudo	94
5.4. Avaliar a presença de uma cultura de notificação de incidentes na equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde em estudo.....	95
5.5. Reconhecer as causas da subnotificação de incidentes	95
5.6. Identificar possíveis ações de melhoria para ultrapassar o problema em questão ...	105
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXOS.....	121

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por Género	59
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por Faixa Etária	59
Gráfico 3 – Distribuição da amostra por Categoria Profissional	59
Gráfico 4 - Distribuição da amostra por Habilitações Literárias	60
Gráfico 5 - Distribuição da amostra por Tempo de Serviço na Unidade de Saúde em Estudo	60
Gráfico 6 - Conhecimento acerca da existência da plataforma para a notificação de incidentes	61
Gráfico 7 - Utilização da plataforma para a notificação de incidentes	61
Gráfico 8 - Frequência de utilização da plataforma para a notificação de incidentes ..	62
Gráfico 9 - Causas para a não utilização, ou utilização menos frequente da plataforma de notificação de incidentes....	62
Gráfico 10 - Considera importante a notificação de incidentes?.....	63
Gráfico 11 - Na instituição onde trabalho, notificar incidentes não origina ações ou alterações que previnam a sua reincidência	64
Gráfico 12 - Na Instituição onde trabalho, a notificação de incidentes viabiliza a alteração de comportamentos, procedimentos e/ou circuitos, que futuramente possam dar origem a novos incidentes	64
Gráfico 13 - De um modo geral, notificar incidentes permite conhecer quais as suas causas e o impacto das mesmas, promovendo deste modo práticas seguras	65
Gráfico 14 - Genericamente, notificar incidentes contribui para um aumento da cultura de segurança organizacional	65
Gráfico 15 - As organizações devem adquirir uma postura de preocupação com a segurança e uma cultura de aprendizagem contínua, evidenciando a importância da declaração sistemática de incidentes.....	66
Gráfico 16 - A ocultação do erro corresponde a uma perda de oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento.....	66

Gráfico 17 - Na Instituição onde trabalho, as notificações de incidentes são resolvidas de forma objetiva e clara.....	67
Gráfico 18 – Na Instituição onde trabalho, a análise da notificação de incidentes tem sempre em vista a melhoria da cultura de segurança organizacional	68
Gráfico 19 - Genericamente, a resposta ao risco detetado, passa pela definição e implementação de um plano de melhoria, com o objetivo de o reduzir até um nível considerado aceitável	68
Gráfico 20 - Em algum momento, alguém realizou uma notificação acerca do seu trabalho?.....	69
Gráfico 21 - Sentiu-se “atacado” ao terem realizado essa notificação?.....	69
Gráfico 22 - Experimentou algum tipo de reação negativa por parte da sua chefia, na abordagem à questão?	70
Gráfico 23 - Em alguma situação realizou uma notificação acerca do seu próprio trabalho?.....	70
Gráfico 24 - Na Instituição onde trabalho, a notificação de incidentes é muitas vezes vista como um “ataque” a quem cometeu o “erro”, em vez de ser entendida como uma oportunidade de aprendizagem	71
Gráfico 25 - Quando realizo notificações na plataforma seleciono a opção “Anónimo”, de forma evitar ser chamado à atenção ou vir a sofrer represálias	71
Gráfico 26 - Sinto-me culpado após realizar uma notificação acerca do trabalho de outra pessoa, pois penso poder estar a prejudicá-la	72
Gráfico 27 - Não realizo notificações acerca de “erros” por mim cometidos, porque receio que venha a afetar a minha avaliação de desempenho	72
Gráfico 28 - Tenho vergonha de notificar os meus “erros”	73
Gráfico 29 - Junto dos seus pares, sente que existe uma cultura presente de notificação de incidentes na plataforma Her+?	73
Gráfico 30 - Dificuldade/falha na identificação de incidentes.....	74
Gráfico 31 – Não valorização dos incidentes verificados	75
Gráfico 32 - Perceção errada quanto ao propósito da notificação	75
Gráfico 33 - Desconhecimento acerca da importância da notificação de incidentes ..	76

Gráfico 34 - Falha e demora na resposta aos problemas apresentados através da notificação	76
Gráfico 35 - Falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada ..	77
Gráfico 36 - Ceticismo acerca da utilidade das notificações.....	77
Gráfico 37 - Descreditação acerca de mudanças no sistema.....	78
Gráfico 38 - Processo de notificação longo.....	78
Gráfico 39 - Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais.....	79
Gráfico 40 - Noção de estar a prejudicar alguém	79
Gráfico 41 - Postura negativa por parte das chefias face à notificação de incidentes	80
Gráfico 42 - Incitação por parte das chefias para a não realização de notificações ...	80
Gráfico 43 - Falta de tempo para a realização de notificações na plataforma Her+, durante o horário de trabalho.....	81
Gráfico 44 – Esquecimento.....	81
Gráfico 45 - Falta de motivação	82
Gráfico 46 - Desconhecimento acerca da existência da plataforma Her+	82
Gráfico 47 - Carência de formação acerca da utilização da plataforma Her+	83
Gráfico 48 - Dificuldade de acesso ao sistema informático	83
Gráfico 49 - Utilização de outras formas de notificação de incidentes.....	84
Gráfico 50 - Divulgação da existência da plataforma Her+ junto de todos os colaboradores.....	84
Gráfico 51 - Promoção frequente da importância da notificação de incidentes	85
Gráfico 52 - Formação acerca da utilização da plataforma Her+.....	85
Gráfico 53 - Formação acerca do tipo de situações a notificar.....	86
Gráfico 54 - Promover e facilitar o acesso ao sistema informático	86

Gráfico 55 - Promoção da notificação de incidentes por parte das chefias diretas.....	87
Gráfico 56 - Reforçar que a notificação não é uma forma de ataque, nem advém consequências negativas da mesma, quer para quem notifica, quer para quem é notificado	87
Gráfico 57 - Promover um maior envolvimento dos intervenientes, no processo de análise e resolução do incidente	88
Gráfico 58 - Comunicação ao notificador, acerca do desenvolvimento do processo de análise e resolução do incidente	88
Gráfico 59 - Divulgação da resolução dos problemas apresentados.....	89

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Número de reportes e o tipo de incidentes reportados, de 2017 a 2021, na Unidade de Saúde em estudo	39
Tabela 2 – Tipo de incidentes reportados através da plataforma Her+, desde 2017 a 2021, na Unidade de Saúde em estudo.....	40
Tabela 3 – Caracterização da Amostra: Género, Faixa Etária e Categoria Profissional (% e valores absolutos)	58
Tabela 4 – Distribuição do conhecimento acerca da existência da plataforma Her+, por categoria profissional.....	61

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1. Introdução

Nas últimas duas décadas, o tema da segurança do doente tornou-se uma questão central nas agendas de diversos países a nível Mundial, sendo atualmente reconhecido como uma componente essencial da qualidade em saúde (DGS, 2022a). A segurança do doente é entendida como um dos mais importantes critérios da qualidade dos cuidados prestados, definindo-se pela DGS (2011, p.14) como “ (...) a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”.

Segundo o Conselho da União Europeia (2009), a insuficiente segurança dos doentes é considerada como um gigantesco problema de saúde pública e é reconhecida como um grande encargo aos recursos de saúde. Deste modo, os cuidados prestados devem seguir o caminho da qualidade e devem comportar o menor risco possível, devendo as organizações prestadoras de cuidados de saúde adotar uma cultura em que se estimule uma promoção de cuidados de qualidade, enraizados em princípios de promoção da segurança do doente.

A verificação de incidentes interfere em vários âmbitos e tem repercussões a diversos graus, tais como a perda de confiança por parte dos doentes nas organizações de saúde, e nos profissionais que estas englobam, o aumento dos custos sociais e económicos, e a redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados/desejados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados (Sousa et al., 2010). Segundo Fragata (2011) estes incidentes têm sido associados a períodos de internamento mais prolongados, que exigem maior consumo de recursos e, conseqüentemente, custos adicionais. Sendo estes uma consequência inevitável da prestação de cuidados em unidades de saúde complexas e altamente diferenciadas, as mesmas devem saber lidar com os mesmos, minimizando as suas consequências através da sua prevenção.

Na investigação de uma situação de incidente, é fundamental ter em conta não só a atuação dos profissionais envolvidos, mas também o sistema em que se inserem e atuam (Diz & Gomes, 2008). Carneiro (2010), reforçando esta ideologia, refere que é essencial deixar de lado a análise do incidente baseada nas características pessoais, amplificando-a às características da organização e das técnicas utilizadas na prestação de cuidados. Seguindo esta ideologia, é necessário aceder ao desafio de perceber as múltiplas variáveis que intervêm e afetam a prestação de cuidados, permitindo deste modo a delineação de estratégias organizacionais compreensivas, que aceitem a possibilidade de ocorrência de incidentes (Oliveira, 2005).

De acordo com Ramos e Trindade (2011), é importante ter em consideração que os recursos das unidades de saúde são limitados para responder às necessidades de saúde da população, sendo impreterível uma gestão adequada, sem desperdício. O

conhecimento e compreensão dos incidentes (frequência, causas e o seu impacto) constituem uma parte fundamental do processo mais amplo, de avaliação e melhoria contínua da segurança do doente e da qualidade em saúde. Sabendo que estes são preveníveis, aconselha-se a adoção de políticas e a sensibilização para uma cultura organizacional direcionada para a identificação e notificação dos mesmos, com o objetivo de levar à sua diminuição.

Ainda segundo os mesmos autores, a abordagem do risco clínico deve ser concretizada de forma a identificar e aceitar o incidente como uma crítica construtiva, que futuramente possa vir a evitar a sua repetição, e não como um ato a ser punido. É essencial entender a falha no sistema, quais os fatores que levam à sua precipitação, e ainda o que fazer para que a mesma não se repita, em detrimento de identificar quem falhou.

Também Lee et al., num estudo publicado em 2018, referem a notificação de incidentes como fundamental para prevenir a sua reincidência, uma vez que esse relato permite identificar problemas relacionados com os cuidados prestados ao doente, compreender o estado atual do incidente e criar e partilhar medidas preventivas. Em 2018, Hamilton et al. divulgaram um ensaio onde referem que, notificar incidentes pode ajudar a corrigir problemas do sistema e processo do doente, permitindo identificar questões que possam colocar em causa a segurança do doente, prevenindo a ocorrência dos mesmos. Corroborando a mesma linha de pensamento, Esteves (2015) afirma que a trajetória do incidente deve ser utilizada para orientar a organização de saúde à perfeição. Apesar de estar associada ao incidente uma conotação negativa, este não deve ser visto apenas como uma falha ou um engano, uma vez que engloba uma considerável possibilidade de mudança e recuperação, e é neste sentido que a gestão do risco clínico deve trabalhar.

No entanto, o incidente só é conhecido quando é identificado e declarado (Lawton & Parker, 2002), incitando-se assim à notificação de incidentes, de forma a poder identificar e aprender com os mesmos. Considera-se um dever do profissional de saúde reportar tais situações, no entanto, poucos são os que registam os seus incidentes, dificultando o processo de aprendizagem e a sua reincidência, o que impossibilita a identificação e desenvolvimento de estratégias que levem à diminuição da sua ocorrência, colocando deste modo em causa a segurança do doente, e consequentemente a qualidade dos serviços de saúde (Vincent & Amalberti, 2016; Pratas, 2018).

Assim, para que haja uma maior frequência de declarações de incidentes, torna-se necessário que todos os envolvidos estejam sensibilizados para a existência, importância e dimensão do problema. É de extrema importância que sejam desenvolvidos ambientes favoráveis para que tal aconteça: em que os profissionais tenham consciência ativa e constante das situações que podem originar falhas, estimulando os mesmos a falar sobre os seus próprios incidentes; onde todos aceitam a responsabilidade da segurança; que assume a segurança acima dos objetivos financeiros ou operacionais; incentiva a identificação, comunicação e solução de incidentes; que promove a aprendizagem organizacional em resultado dos incidentes; e que providencia recursos adequados, estrutura e responsabilização para manter

sistemas de segurança efetivos (DGS, 2011). É necessário haver uma cultura individual e organizacional de preocupação com a qualidade dos cuidados, através da identificação, controlo e prevenção de eventos adversos.

Posto isto, e após a verificação da baixa adesão à notificação de incidentes numa Unidade de Saúde em Portugal, propõe-se a realização de um estudo com o objetivo de identificar e compreender os constrangimentos sentidos pelos profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar dessa instituição, na notificação de incidentes decorrentes do atendimento ao doente. Através da identificação desses constrangimentos, é possível sugerir ações de melhoria que incitem a mesma, estando consequentemente a promover uma cultura de segurança organizacional centrada na segurança do doente.

A realização do estudo tem início numa abordagem conceptual do tema no Capítulo 2, através de uma revisão bibliográfica, enquadrando-o no estado da arte atual, onde serão abordados temas como a segurança do doente, qualidade em saúde, gestão do risco clínico e sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos. Posteriormente, no Capítulo 3, será retratada a questão de investigação e os objetivos do estudo, assim como a metodologia adotada. No Capítulo 4, apresentam-se os resultados obtidos através dos instrumentos de recolha de dados, que serão discutidos no Capítulo 5, confrontando-os com a literatura disponível. Por fim, na conclusão, correspondente ao Capítulo 6, apresentaremos uma breve síntese do assunto desta dissertação, onde se inclui um plano de intervenção a propor/implementar na Unidade de Saúde onde decorreu o estudo, enunciando-se ainda as limitações do estudo e a proposta de estudos futuros.

CAPÍTULO 2 – REVISÃO DA LITERATURA

2. Revisão da Literatura

Neste capítulo realizar-se-á um enquadramento teórico, de forma a justificar a pertinência da temática escolhida para a realização desta dissertação. Em primeiro lugar, apresentaremos os conceitos de segurança do doente e qualidade em saúde. Seguidamente, referir-nos-emos à gestão do risco e posteriormente aos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos.

2.1. Segurança do doente

De acordo com a DGS (2022a, p. 4), a segurança do doente é definida pela OMS como uma edificação de atividades estruturadas com o intuito de promoção de uma “cultura, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes seguros nos cuidados de saúde, que de forma consistente e sustentável reduzem a ocorrência de danos evitáveis, a probabilidade de ocorrência de erros e o impacto dos danos na saúde, quando estes ocorrem.”

Segundo o Pilar 1 do PNSD 2021-2026, denominado - Cultura de Segurança, a segurança do doente é tida como:

“... uma prioridade de saúde pública e uma componente crítica para a qualidade dos cuidados de saúde, que depende do compromisso da liderança, da transparência, da comunicação, da aprendizagem com os erros, da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de uma cultura de não culpabilização e de responsabilização” (DGS, 2022a, p. 22).

Esta requer que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para os detalhes, para as mudanças subtis do doente em termos de resposta e condições clínicas ao longo do tempo. O seu aperfeiçoamento requer um esforço de todo o sistema, envolvendo ações de melhoria de desempenho e uma abordagem multifacetada, de forma a reconhecer e gerir os riscos reais e potenciais à segurança do doente, assim como encontrar soluções a longo prazo para o sistema como um todo (OMS, 2002).

Assim, no decurso das duas últimas décadas tem havido uma preocupação crescente com a segurança do doente, sendo por isso, o centro das atenções das políticas de saúde e uma prioridade por parte de múltiplos organismos, uma “...responsabilidade de todos, como pedra angular da qualidade da prestação de cuidados e uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde” (Pratas, 2018, p. 23).

2.1.1. Segurança do doente, um elemento fundamental da qualidade

Segundo Fernandes e Queirós (2011), a segurança do doente é um princípio basilar da qualidade, conciliando técnicas de qualidade e de segurança, incorporando-as numa cultura organizacional que se constitui como estratégia global das organizações de saúde. Também Sousa (2006, p. 316) afirma que “a segurança é um princípio fundamental nos cuidados prestados aos doentes, e um componente crítico da gestão da qualidade”. Por sua vez Kelley e Aranaz (2007) enunciam a segurança como sendo a dimensão chave da qualidade da prestação de cuidados, resultando de um conjunto de posturas, valores, aptidões e formas de atuação dos profissionais que englobam as instituições de saúde.

Campos et al. (2010, p.11) referem que “(...) a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman”. Contudo este é um conceito relativamente recente, estando dependente da perspetiva e dos valores de quem o define, podendo tornar-se numa meta subjetiva, sendo assim necessária uma definição clara do conceito de qualidade antes de qualquer atividade de gestão nos serviços de saúde (Gama & Saturno, 2013).

Em 1966, Avedis Donabedian, contribuiu de forma significativa para a definição e entendimento da qualidade, tendo sido um dos primeiros autores a abordar esta temática, estabelecendo as bases estruturadas de avaliação da qualidade em saúde, considerando três dimensões/vertentes:

- Estrutura - reproduz a arquitetura da organização de saúde, dos recursos existentes e a organização do trabalho. Uma estrutura estável traduz-se numa condição essencial para um elevado nível de qualidade dos cuidados de saúde;
- Processo - reconhece as atividades desenvolvidas pelos profissionais de forma a responder às necessidades dos doentes, abrangendo diagnóstico, prevenção e tratamento;
- Resultados - refletem os níveis de saúde, os custos a estes associados, comparando o que era esperado com o que foi conseguido, levando ao caminho da eficiência, efetividade e satisfação dos doentes (Fragata et al., 2006; Rodrigues, 2009; Sousa, 2010).

Também por Donabedian, surge na década de 1980 a primeira definição de qualidade em saúde, como sendo a maximização de uma medida de “bem-estar do doente”, tendo em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas diversas fases da prestação de cuidados de saúde (Donabedian, 2003). Mais tarde, em 1990, o mesmo autor ampliou as três dimensões que tinha estabelecido em 1966, desenvolvendo um trabalho denominado de “Sete Pilares da Qualidade em Saúde”:

- Eficácia - reproduz a habilidade da ciência e da tecnologia em obterem melhorias no estado de saúde quando empregadas sob as condições mais favoráveis;

- Efetividade – representa o grau de melhoria em saúde obtido, sendo a correspondência existente entre as melhorias de saúde que se pretendem atingir e as que efetivamente são atingidas;
- Eficiência – diz respeito à capacidade de reduzir os custos dos cuidados de saúde, sem que se diminuam as melhorias em saúde;
- Otimização – corresponde ao equilíbrio que se pretende obter entre as melhorias na saúde em relação ao custo das mesmas;
- Aceitabilidade – indica a adequação dos cuidados de saúde relativamente às expectativas dos doentes e das suas famílias;
- Legitimidade - adequação dos serviços de saúde às preferências sociais que se exprimem em princípios éticos, valores, normas, regulamentos leis e costumes;
- Equidade - remete para a conformidade entre os princípios de justiça e honestidade na distribuição de cuidados de saúde e os seus benefícios entre os membros de uma população (Donabedian, 1990).

Foi “... a partir dos estudos pioneiros de Donabedian, que internacionalmente a qualidade em saúde se desenvolveu de forma conceptual e metodológica” (Pedrosa, 2018, p. 44), contudo só no final dos anos 90 e já neste século é que a componente segurança foi aliada à qualidade dos atos médicos, tendo-se assumido que não poderia existir qualidade se não estivesse garantida a segurança (Donabedian, 2003).

Presentemente, qualquer intervenção na área da saúde questiona ou manifesta preocupações sobre a qualidade, quer seja numa perspetiva genérica, quer seja nas suas dimensões. Esta perspetiva explicita na Carta de Tallinn intitulada “Os Sistemas de Saúde pela Saúde e Prosperidade - *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*”, aprovada em 2008 pelos Estados Membros da União Europeia da Organização Mundial de Saúde, onde se refere que os doentes que recorrem aos serviços de saúde “querem ter acesso a cuidados de qualidade, garantindo que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada” (OMS, 2008b, p. 3).

Em suma, e segundo Ribeiro (2018, p.26) “a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde andam de mãos dadas, têm fronteiras comuns e são indissociáveis, sendo a segurança do doente componente chave da qualidade dos cuidados de saúde”.

2.1.2. Segurança do doente, evolução

Decorria o ano de 2000, quando foi publicado o relatório norte-americano “*To Err is Human: building a safer health system*”, publicado pelo *Institute of Medicine*, sendo um dos primeiros relatórios a destacar a segurança como uma temática relevante a ser ponderada pelas políticas de saúde. Esta publicação foi um marco significativo na história da segurança do doente, tendo contribuído para o progresso nesta área (Kohn et al., 2000).

O relatório anteriormente referido demonstrou que por ano, devido a incidentes evitáveis nos cuidados de saúde hospitalares, morriam entre 44 000 e 98 000 americanos, sendo que cerca de 1 milhão de doentes sofreu, pelo menos, um dano. Estes incidentes também tiveram um impacto a nível monetário estimado em valores entre 17 a 29 mil milhões de dólares por ano. Outra das consequências dos referidos incidentes foi a perda de confiança no sistema de saúde e a diminuição da satisfação, quer por parte dos doentes, quer por parte dos profissionais de saúde. Após a divulgação do relatório “*To Err is Human: building a safer health system*” constatou-se o reconhecimento da importância da segurança do doente por parte das organizações de saúde, tendo sido crescente a importância de investir na mesma (Kohn et al., 2000).

Em 2002, no relatório “*Quality of care: patient safety*” na 55ª Assembleia Mundial da Saúde (*World Health Assembly*), a segurança do doente foi identificada como uma prioridade a ter em consideração em todos os Estados Membros, tendo sido considerada como o princípio fundamental dos cuidados ao doente, e consequentemente uma componente da gestão da qualidade. Na referida Assembleia, foi enaltecida a relevância de estimular a investigação nesta área, envolvendo estudos epidemiológicos dos fatores de risco e estimativa dos custos relacionados a danos provocados por falhas de segurança, tendo sido ainda incitado a criação de sistemas de notificação (OMS, 2002), definindo-se normas e padrões globais de segurança, incentivando posteriormente os países a adotarem essas mesmas políticas de segurança do doente (OMS, 2009).

Em 2004 a OMS criou a *World Alliance for Patient Safety* (OMS, 2004) de forma a liderar no âmbito internacional os programas de segurança, constituindo um passo marcante na melhoria da segurança dos cuidados de saúde em todos os Estados-Membros, assumindo como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do doente a nível mundial. A criação desta comissão foi baseada segundo a ideologia de que, futuramente “(...) uma má experiência com um doente num determinado local, pode vir a ser fonte de aprendizagem e prevenção noutros locais, difundindo soluções de sucesso com aplicabilidade mundial, sustentadas numa replicação de práticas e políticas de segurança do doente” (Pedrosa, 2018, p. 58).

O programa de ação publicado em 2004 pela OMS – “*World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005*” é constituído pelos seguintes desafios:

- Envolvimento dos doentes - estes estão no centro da melhoria, uma vez que quando sucede algo de errado, são as vítimas do dano produzido;
- Desenvolvimento de taxonomia – sendo fundamental, com o intuito de introduzir clareza, consistência e algum grau de padronização, não só para potenciar e facilitar a monitorização global de relatórios de incidentes como também para contribuir para a compreensão dos mesmos;
- Investigação na área de segurança do doente – a realização de estudos acerca do incidente foi o grande impulso para uma ação coordenada na referida área, sendo por isso uma estratégia absoluta para a melhoria da mesma;

- Soluções para reduzir o risco nos cuidados de saúde e melhorar a segurança - sendo o conhecimento de como evitar o dano, uma primazia na área da segurança do doente;
- Elaboração de relatórios e desenvolvimento de aprendizagens - a capacidade de obter informação completa sobre eventos adversos, incidentes ou quase incidentes, é um elemento fundamental para a melhoria da segurança do doente, aprendendo com os mesmos como base preventiva para o futuro (OMS, 2004).

A nível Mundial foram criadas várias agências especializadas na melhoria da segurança do doente, e as publicações na área de segurança do doente proliferaram a cada ano. Porém, a compreensão desses trabalhos revelou-se comprometida pelo uso de diferente linguagem adotada. Este facto justificou a criação pela OMS, através da *World Alliance for Patient Safety*, de uma classificação sobre segurança do doente. Surgiu assim, em janeiro de 2009 um documento com a Classificação Internacional para a Segurança do Doente – “*Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*” (OMS, 2009).

Este relatório foi executado com o objetivo de criar uma linguagem universal na matéria de segurança do doente, permitindo categorizar a informação recorrendo a um conjunto de conceções standardizadas, tornando possível a comparação de dados entre as diversas organizações de saúde, com o intuito de analisar estratégias e criar soluções para assegurar a segurança do doente (DGS, 2011). O mesmo desenvolveu:

“(…) a estrutura concetual da CISD, constituída por 10 classes:

- 1 - Tipo de Incidente
- 2 - Consequências para o Doente
- 3 - Características do Doente
- 4 - Características do Incidente
- 5 - Fatores Contribuintes /Perigos
- 6 - Consequências Organizacionais
- 7 – Deteção
- 8 - Fatores Atenuantes do Dano
- 9 - Ações de Melhoria
- 10 - Ações para Reduzir o Risco” (DGS, 2011, p. 2).

Esta estrutura permitiu fornecer um método que permitisse a organização de dados e informações acerca da segurança do doente, para que futuramente pudessem ser alvo de análise, permitindo:

- “Comparar dados de segurança do doente de forma interdisciplinar, entre organizações (...);
- Examinar o papel do fator sistema e do fator humano na segurança do doente;
- Identificar potenciais questões de segurança do doente;

- Desenvolver prioridades e soluções na área da segurança” (DGS, 2011, p. 3).

Em 2009, considerando a insuficiente segurança do doente como grave problema de saúde pública, e tendo por base os trabalhos da OMS através da *World Alliance for Patient Safety*, o Conselho da União Europeia e a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico, emanam recomendações sobre a segurança dos doentes, onde se incluem:

- Promover o desenvolvimento de políticas e programas em cada estado membro para a segurança do doente;
- Promover a criação e implementação de sistemas de notificação de eventos adversos não punitivos;
- Introduzir a segurança do doente na formação dos profissionais de saúde;
- Classificar a segurança do doente ao nível dos estados membros;
- Desenvolver uma política de partilha de conhecimentos, experiência e boas práticas;
- Desenvolver e promover a investigação no âmbito da segurança do doente; Prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (Conselho da União Europeia, 2009; Fragata 2011).

Mais recentemente a 28 de maio de 2021, na 74ª Assembleia Mundial da Saúde, foi aprovado pela OMS o “*O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030*” (PAMSD), tendo em vista “eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde, permitindo evitar danos ou mesmo travar a morte de milhões de doentes, na sequência de cuidados de saúde inseguros a nível mundial” (DGS, 2021).

O PAMSD 2021-2030 tem como objetivo impulsionar:

- “O desenvolvimento de políticas, estratégias e ações, com base na evidência científica e na experiência do doente;
- O desenvolvimento e desenho de sistemas e parcerias, que permitam eliminar todas as fontes possíveis de risco e de danos evitáveis, para os doentes e para os profissionais de saúde;
- A redução, o mais possível e à escala global, do dano evitável resultante da prestação de cuidados de saúde não seguros” (DGS, 2022a, pp. 17-18).

A OMS tem investido na temática, adotando uma estratégia em prol da segurança do doente, assente em minorar riscos, aperfeiçoando os resultados em saúde e reduzindo os custos a estes associados (OMS, 2017).

2.1.3. Segurança do doente, o contexto Português

Enquanto Estado Membro, relativamente à temática segurança do doente, Portugal tem vindo a seguir as recomendações do Conselho da União Europeia. Através das mesmas surgiram alterações legislativas e regulamentares relacionadas com a

segurança do doente, com o intuito de estabelecer “políticas apropriadas a ações a empreender com vista à promoção e disseminação nas instituições prestadoras de cuidados de saúde de melhorias na qualidade e segurança dos doentes” (Bruno, 2010, p. 51).

A segurança do doente foi definida como uma das prioridades da melhoria da qualidade no Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Durante a vigência deste plano, o planeamento e coordenação para a qualidade e segurança dos cuidados prestados passaram a ser atribuídos à DGS, através do Departamento da Qualidade na Saúde (DGS, 2022a). Neste PNS, afirma-se existir à época uma escassa cultura de qualidade, sendo necessário elaborar orientações estratégicas e intervenções, entre as quais se destacam:

- “Intervir para melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde: Promover-se-ão as medidas de implementação de programas de saúde, tecnicamente robustos, geridos e participados, com vista ao desenvolvimento de uma cultura de efetividade das intervenções” (DGS, 2004, p. 173).
- “Abordagem explícita da problemática do erro médico: (...) serão desenvolvidas iniciativas, em relação ao erro médico (...): investigação e reflexão nesta área; incentivo ao relato sistemático de erros médicos; desenvolvimento de sistemas de segurança dentro das organizações de saúde” (DGS, 2004, p. 174).

Em 2011, ocorre a tradução e publicação pela DGS, do documento previamente emitido pela OMS em 2009 “*Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*” intitulado de “*Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*”, “um documento de referência para a utilização de terminologia comum para a comunicação, a investigação e a aprendizagem com os incidentes de segurança” (DGS, 2022a, p. 9).

No ano de 2012, sob proposta do DQS, a DGS disponibilizou aos profissionais de saúde e aos cidadãos, através da Orientação N.º 025/2012, de 19 de dezembro, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), um sistema anónimo, confidencial e não punitivo, de gestão de incidentes e eventos adversos (DGS, 2012b). Com o intuito de aperfeiçoar do referido sistema, a DGS procedeu, em 2013 a alterações do mesmo, evoluindo posteriormente em 2014 para o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), conforme Norma n.º 015/2014, da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2013; DGS, 2014; DGS, 2022a). Com este sistema propõe-se o reconhecimento das causas de incidentes ou eventos adversos ocorridos durante a prestação de cuidados ao doente, de forma a tomar medidas corretivas a nível local e nacional, permitindo assim a aprendizagem com os incidentes.

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a segurança foi considerada um dos elementos basilares da qualidade em saúde, tendo sido salientado que todo o cidadão tem direito a receber cuidados de saúde de qualidade (Despacho nº1400-A/2015). Segundo o mesmo:

- “A nível organizacional, as instituições devem:
Estabelecer políticas de qualidade a nível institucional, incluindo estratégias e processos de promoção da qualidade, monitorização, segurança, identificação e correção de erros. (...)
- Na sua prática, os profissionais de saúde devem:
Ter uma visão específica sobre segurança do doente e gestão do risco no próprio ato individual e personalizado, para além dos aspetos globais da qualidade” (DGS, 2012a, p. 11).

Também no Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, o tema segurança do doente mantém a sua relevância, sendo referido que “A OMS aconselha os Estados a implementar estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde que tenham particular atenção à necessidade de se adotarem medidas que sejam sustentáveis a longo prazo” (DGS, 2015a, p. 16).

Neste PNS salienta-se a importância de que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; a aplicação de recursos seja eficiente; a prestação de cuidados seja justa; os cuidados sejam prestados no momento apropriado e a prestação de cuidados satisfaça, tanto quanto possível, as necessidades e expectativas dos cidadãos.

São propostas diversas estratégias no que respeita à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, destacando-se entre outras, relativamente à segurança do doente os seguintes tópicos:

- “A implementação do PNSD 2015-2020, através de ações transversais que melhorem a cultura de segurança (...) em todos os níveis de prestação de cuidados;
- (...) O reforço (...) do papel das comissões da qualidade e segurança (...)” (DGS, 2015a, p. 17).

Em 2019 é aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, a nova Lei de Bases da Saúde, assumindo o propósito de clarificar o papel e a relação entre os vários atores do sistema de saúde, reafirmando a centralidade do SNS. Nesta nova Lei realça-se também a importância da segurança do doente:

- Na sua Base 1, no que respeita ao direito à proteção da saúde — tendo a segurança do doente constituído uma das suas dimensões ou componentes fundamentais;
- Na sua Base 2, determina-se que, os indivíduos têm o direito ao acesso a cuidados de saúde adequados à sua situação, com brevidade e no tempo considerado clinicamente aceitável, de acordo com os princípios de dignidade e melhor evidência científica disponível, seguindo o caminho da qualidade e segurança em saúde (DGS, 2022a).

Na sua mais recente versão, o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 expõe a importância da continuidade da promoção de uma cultura direcionada para a segurança

do doente, referindo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026: “(...) tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (...), sem negligenciar princípios, (...) como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (DGS, 2022b, p. 125).

2.1.4. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

Tendo em conta os objetivos definidos pelo PNS 2012-2016, foi desenvolvido o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, que segundo o Ministério da Saúde, citado por Pedrosa (2018, p. 63), é “um documento fundamental e uniformizador, que (...) trouxe, um novo fôlego estratégico à formação e à investigação em segurança do doente. Veio reforçar o papel das Comissões da Qualidade e Segurança na rede de prestação de cuidados de saúde (...)”.

a. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

“Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o PNSD 2015-2020, criado pelo Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015, é coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. Seguindo de perto as recomendações do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes, este inscreve-se no quadro de uma política pública de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde” (DGS, 2015b).

Este Plano estabelece-se como um instrumento de apoio no emprego de boas práticas de segurança, sendo da responsabilidade de cada unidade prestadora de cuidados de saúde garantir a sua implementação, acompanhamento e cumprimento, segundo os prazos estabelecidos. Com a sua implementação espera-se aperfeiçoar a prestação de cuidados de saúde, de forma adaptada e num processo de melhoria contínua da qualidade.

O documento estrutura-se em 9 objetivos estratégicos:

1. “Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;

7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos” (Despacho nº 1400-A/2015, 2015, p. 3).

i. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 –
Avaliação

A avaliação dos resultados do PNSD 2015-2020 resultou de dados recolhidos periodicamente através de formulários *online*, pelas CQS, e do questionário da Avaliação da Cultura de Segurança. Os resultados dessa avaliação foram apresentados no PNSD 2021-2026, servindo como base à formulação do mesmo.

Considerando o objetivo desta dissertação, apresentamos os resultados referentes aos objetivos estratégicos alinhados diretamente com a nossa temática:

- Objetivo Estratégico 1 - Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno

“(…) A dimensão Trabalho em equipa apresentou o percentual de respostas positivas mais elevado em todos os hospitais,(…) salienta-se que as dimensões Dotação de profissionais e Resposta ao erro não punitiva foram as que apresentaram o percentual de respostas positivas mais baixas (…).

A dimensão Frequência da notificação obteve percentagem acima dos 50% apenas num hospital; (…) nos hospitais, a cultura de notificação é ainda baixa, o que pode refletir, entre outras razões, o receio de medidas punitivas ou o dano reputacional. (…) Na avaliação da cultura de segurança (…) a taxa de adesão nacional foi baixa, podendo ser reveladora da necessidade de continuar a promover e disseminar a importância da cultura de segurança e da sua avaliação junto dos profissionais, das instituições, dos gestores e dos doentes” (DGS, 2022a, pp. 11-12).

- Objetivo Estratégico 8 - Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes

“(…) Com base nos valores reportados (…), constatou-se que a meta (…) foi atingida (…) assinalando-se também a crescente participação do cidadão como notificador, sobretudo no último ano.

É de referir que as instituições indicaram a utilização frequente de outros sistemas de notificação de incidentes de segurança, pelo que a interoperabilidade de sistemas de informação é fundamental para uma verdadeira representatividade dos dados a nível nacional” (DGS, 2022a, p.16).

A aplicação do PNSD 2015-2020, permitiu que ao longo de cinco anos se fomentasse a segurança do doente no SNS, com melhorias ao nível dos objetivos estratégicos que o compunham, destacando-se ao longo da sua vigência:

- “A publicação de normas e orientações em todas as áreas da segurança do doente;
- O aumento das auditorias realizadas, em todas as áreas;
- O aumento da notificação de incidentes e da avaliação de boas práticas” (DGS, 2022a, p.17).

Por sua vez, a sua avaliação possibilitou a identificação de lacunas, tais como:

- “A necessidade de aprofundar e consolidar a cultura de segurança, nomeadamente no que diz respeito à não culpabilização do erro e à sensibilização sobre a importância da notificação de incidentes;
- A necessidade de se reforçar a interoperabilidade dos sistemas de informação;
- A necessidade de dar continuidade aos objetivos do PNSD 2015-2020 de forma transversal nas organizações;
- A oportunidade de adaptar instrumentos e ferramentas face às novas necessidades e desafios para a área da segurança do doente” (DGS, 2022a, p.17).

b. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026

A experiência decorrente da concretização do PNSD 2015-2020, assim como a sua avaliação foram fatores decisivos na elaboração do PNSD 2021-2026. Para a concretização deste plano foram ainda tidas em consideração as recomendações apresentadas no PAMSD 2021-2030 da OMS, que reforça a necessidade de se enaltecer a importância da segurança do doente (Despacho n.º 9390/2021).

O PNSD 2021-2026 é um plano “ dinâmico, podendo ser atualizado durante o seu período de implementação, de modo a permitir a sua adaptação às novas necessidades e desafios para a área da segurança do doente” (Despacho n.º 9390/2021, p. 98). Este encontra-se organizado em cinco pilares que estabelecem um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente, nos quais se integram

objetivos estratégicos, cujas metas são alcançadas pela implementação ativa das ações definidas no mesmo (DGS, 2022a):

- Pilar 1: Cultura de segurança

Objetivos Estratégicos: Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente; Avaliar a Cultura de Segurança (ACS); Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados;

- Pilar 2: Liderança e governança

Objetivos Estratégicos: Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021 -2026; Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local);

- Pilar 3: Comunicação

Objetivos Estratégicos: Otimizar a comunicação intra e interinstitucional; Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados; Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador;

- Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente

Objetivos Estratégicos: Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA; Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA;

- Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros

Objetivos Estratégicos: Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde; Monitorizar a implementação de práticas seguras; Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM), Promover a telessaúde segura.

Prevê-se em 2024, uma avaliação intermédia da concretização e execução do PNSD 2021-2026, relativamente às metas e indicadores propostos, e ao procedimento, se necessário, da atualização dos mesmos, sendo esta uma medida que visa a evolução e melhoria do referido plano.

2.1.5.A Cultura de Segurança do Doente

Segundo Costa (2014, p. 15) a cultura é representada por “um conjunto de perceções e de comportamentos de um grupo ou organização e traduz a forma como esta exerce a sua atividade. (...) Tem uma dimensão de grupo na organização, mas implica uma interiorização em cada um dos profissionais”.

É o resultado de valores individuais e de grupo, atitudes, competências e padrões de comportamento, que determinam a eficiência na gestão e na segurança de uma organização (DGS, 2011). Segundo a mesma fonte, no documento “*Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*”, a cultura de segurança apresenta cinco particularidades que os profissionais de saúde se comprometem a por em prática com recurso a de sistemas de gestão da segurança sólidos, sendo esta:

- “Uma cultura onde todos os funcionários aceitam a responsabilidade ou a segurança deles próprios, dos seus colaboradores, doentes, e visitantes;
- Uma cultura que prioriza a segurança relativamente a fins financeiros e operacionais;
- Uma cultura que estimula e recompensa a identificação, a comunicação e a resolução de questões de segurança;
- Uma cultura que incentiva a aprendizagem organizacional com os eventos adversos;
- Uma cultura que fornece recursos, estrutura e responsabilidade apropriados para manter sistemas de segurança eficazes” (DGS, 201, p. 110).

Esta é essencial através da redução dos incidentes na prestação de cuidados de saúde, proporcionando um ambiente seguro para os profissionais de saúde, e, conseqüentemente para os doentes (DGS, 2022a).

Num contexto de cultura de segurança, os profissionais de saúde e a organização têm presente a consciência acerca da possibilidade da ocorrência de incidentes, assim como das suas conseqüências, sendo possível o reconhecimento de incidentes, permitindo a aprendizagem com os mesmos e a escolha de medidas promotoras de uma evolução, no sentido da não repetição do mesmo. Nesta perspetiva aceita-se que as causas do incidente que levam a colocar em causa a segurança do doente não estão simplesmente associadas às ações dos profissionais de saúde que prestam cuidados, estando também condicionadas pelo sistema em que os mesmos exercem funções. Deste modo, avaliando os problemas do sistema é possível às organizações retirar aprendizagens que impeçam a repetição do incidente (Costa, 2014).

Como refere o PNSD 2021-2026 no Pilar 1 – Cultura de Segurança:

“Para alcançar uma cultura de segurança é necessário uma mudança transformacional, num ambiente que promova a recolha sistemática e contínua de dados e o foco no respeito e transparência. É assim essencial criar confiança, estabelecer princípios de responsabilização e facilitar aos profissionais a identificação de situações e ambientes inseguros. A promoção de uma cultura

de segurança, alinhada com um processo de melhoria contínua, através de uma comunicação, formação e sensibilização, não deverá ser apenas uma escolha, mas um imperativo para todos os profissionais, órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsabilidade de todos” (DGS, 2022a, p.22).

2.1.6. Avaliação da Segurança do Doente

De acordo com Esteves (2015), é fundamental investigar o conhecimento epidemiológico dos incidentes e eventos adversos, assim como o progresso, a implementação e a avaliação de estratégias inovadoras, que estimulem uma cultura organizacional direcionada para a segurança do doente. No momento de incerteza financeira vivido atualmente, racionalizar os recursos de saúde existentes torna-se uma prioridade, devendo consequentemente implementar-se uma cultura de melhoria contínua nos serviços e sistemas de saúde, de forma a promover a segurança do doente, com o menor custo possível. Na sua maioria, os incidentes não advêm de um ato isolado ou de um indivíduo, mas sim de uma cadeia de processos. Assim, torna-se essencial a análise dos circuitos, não só no que diz respeito a aspetos relacionados com o profissional de saúde, mas também a estruturas, equipamentos e uniformização de procedimentos.

2.2. **Gestão do risco clínico**

Em saúde verifica-se uma probabilidade constante de surgir o inesperado – o risco. Este constitui a hipótese de qualquer contexto provocar uma alteração nos objetivos das organizações de saúde (Drennan et al., 2007).

Os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos focam a sua atenção particularmente nos hospitais, devido à sua particular complexidade, onde existem diversos departamentos que diferem entre si, com doentes que se diversificam, não só pelos diagnósticos de admissão, como também pelo seu historial clínico e pelas suas características individuais, requerendo deste modo cuidados individualizados, que se foquem nas necessidades de cada doente em particular. Num sistema de cuidados tão complexo, admite-se uma presença de risco constante (MS, 2010).

Segundo Fonseca (2012) as atividades de prestação de cuidados de saúde encontram-se entre as atividades humanas de maior risco. Num hospital, no qual trabalha um elevado número de profissionais que se organizam para dar resposta a solicitações diversas, recorrendo à utilização de equipamentos, fármacos e procedimentos diferenciados, a gestão do risco clínico é fundamental para identificar

alterações não desejadas decorrentes da prestação de cuidados, permitindo gerir o grau de exposição ao risco (Drennan et al., 2007; MS, 2010).

Conforme apresentado no Relatório Mundial de Saúde de 2008 (OMS, 2008a), a gestão do risco clínico preocupa-se fundamentalmente com a segurança do doente na prestação de cuidados de saúde. Reside na implementação de metodologias possibilitadoras de identificar, avaliar, diminuir e eliminar riscos, quer para doentes quer para profissionais, ou ainda a nível estrutural, organizacional e material da própria instituição (DGS, 2011). O seu papel fundamental é o de identificar o risco, avaliar a sua frequência e grau de severidade, reduzir ou eliminar o mesmo, e por fim avaliar o que se poupou na redução do risco ou dos custos de eventuais riscos, uma vez que a ocorrência incidentes constitui um instrumento de perda financeira e de custos dos serviços de saúde (OMS, 2008a).

Em 2010, o Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, referenciou que a operacionalização da segurança do doente materializa-se numa política de gestão do risco clínico (MS, 2010). Deste modo, segundo Oliveira (2005), a gestão do risco clínico tem como objetivos fundamentais:

- Identificar e hierarquizar riscos através do desenvolvimento e implementação de processos de trabalho;
- Implementar sistemas que permitam eliminar ou reduzir os riscos para níveis aceitáveis;
- Criar medidas efetivas que reduzam o efeito direto e conseqüente dos incidentes, assim como os custos a eles imputados;
- Proteger a organização e os profissionais de responsabilidades legais.

De acordo com Reason (2000), é fundamental considerar que o risco está relacionado com o sistema, com as condições em que os profissionais desempenham as suas funções e com as estratégias de prevenção de incidentes e redução das suas conseqüências, delineadas pelas equipas de gestão. Sendo que o risco está dependente de diversos fatores, coordena-lo é da responsabilidade dos gestores, cuja função é elucidar e coordenar as equipas para a sua identificação (Dückers et al., 2009; MS, 2010). No entanto, ainda que as políticas de prevenção do risco sejam implementadas, estas apenas são concretizadas com o empenho dos diversos intervenientes da prestação de cuidados ao doente na adoção de práticas preventivas, sendo deste modo a gestão do risco clínico uma responsabilidade coletiva (Saint et al., 2009).

2.2.1.O processo do incidente

Segundo Ribeiro (2018, p.31) “errar é uma característica inerente ao ser humano pelo que a ocorrência de incidentes é uma realidade do nosso quotidiano”. A “*Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*” apresenta vários conceitos de incidente, onde predomina como ideia central que este “(...)é a falha

na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano (...)" (DGS, 2011, p. 15).

Fragata (2011) considera que, não sendo a sua definição consensual, o incidente é perpetuamente considerado como uma alteração do resultado em relação ao previsto, adquirindo socialmente uma conotação de falha. Segundo o IOM, citado por Carneiro (2010), compreender se o incidente é de execução ou de planeamento, sendo uma falha de uma ação previamente planeada ou resultando de um mau planeamento, passa pela seguinte distinção:

- Incidentes honestos – os indivíduos cumprem o seu dever e são cuidadosos, atuando de acordo com as normas e protocolos instaurados, mas falham porque são humanos. Estes incidentes são considerados como inatos, devendo ser desculpabilizados, contudo deve ser realizada uma responsabilização dos mesmos;
- Incidentes por negligência - indivíduos ou organizações que não respeitam as *leges artis*, prestando cuidados de forma insegura. São condutas que se distanciam do correto, devendo por isso ser submetidos a processo disciplinar, com culpabilização direta;
- Incidentes sem dano - destes incidentes poderiam vir a resultar danos físicos ou outros, contudo, por diversos fatores como a resistência da fisiologia humana ou porque foi notado atempadamente, o dano não ocorreu.

Por sua vez Fragata e Martins (2004) agrupam os tipos de incidentes como:

- Diagnóstico – falha ou atraso no diagnóstico, falha na aplicação dos testes indicados, uso de testes desatualizados, falha na atuação adequada face aos resultados dos testes realizados;
- Tratamento – falha técnico na realização de uma operação, procedimento ou teste, falha na administração do tratamento, falha na dose da medicação ou no seu método de uso, atraso evitável no tratamento ou na resposta à situação que os testes diagnosticaram, prestação de cuidados não apropriados;
- Preventivos – falha para providenciar tratamento profilático adequado, monitorização inadequada ou follow-up do tratamento;
- Outros – falhas na comunicação e no equipamento, outras falhas no sistema.

O incidente pode advir particularmente de atitudes diretas, que resultam de falhas de atenção, ou destreza em atividades automáticas. De forma frequente verificam-se em indivíduos experientes, que executam várias tarefas em simultâneo, ou em procedimentos realizados de forma desatenta, e/ou sob cansaço e/ou sob ambientes stressantes. Este tipo de incidente designa-se por lapso ou falha, sendo considerado como incidente de nível 1. Por outro lado, podem suceder incidentes assentes em escolhas menos certas, sendo mais ou menos pensados e que resultam de uma aplicação incorreta de uma regra ou padrão pré-estabelecido, sendo habitualmente cometidos por indivíduos com menor preparação, conhecimento ou experiência. São intitulados de enganos, e consideram-se incidentes de nível 2 ou 3 (Fragata, 2011).

Como fatores contribuintes para o incidente decorrente da prestação de cuidados, Leape et al. (1995) apresentam a falta de divulgação de conhecimentos; dificuldade em ter acesso a informações clínicas sobre o doente; transcrição manual da prescrição terapêutica; deficiente comunicação entre serviços/departamentos; pouco *feedback* sobre os incidentes cometidos; falta de pessoal; lacunas na padronização sobre o uso de equipamentos; verificação da identidade e dose de medicamentos; excessiva carga de trabalho; *stress* e fadiga, entre outros.

2.2.2. Tipologia dos incidentes na prestação de cuidados de saúde

Identificar e pensar sobre os incidentes, a sua gestão, e os fatores de risco a estes associados, permite que os elementos da equipa multidisciplinar das organizações de saúde concretizem a execução de medidas preventivas que se demonstrem como eficazes, com o intuito de promover e cumprir uma prestação de cuidados de qualidade, da qual resulte o mínimo de risco. O IOM, citado por Carneiro (2010), apresenta definições que nos permitem compreender melhor esta temática:

- Perigos - resultam de situações em que existe um elevado risco de ocorrência de incidentes com dano;
- Risco inerente – onde o risco é inevitável, estando de forma frequente relacionado com determinado diagnóstico ou tratamento, podendo ocorrer mesmo quando asseguradas as condições ideais;
- Risco adicional – risco no qual os doentes sofrem consequências além do risco inerente, quando sucede um incidente é evitável;
- Eventos adversos - incidentes indesejáveis que provocam dano, quer pelo ato em si, quer por omissão. Estes incidentes decorrem da realização de um tratamento, não estando relacionados com a doença, não implicando a presença obrigatória de falhas ou atitudes negligentes, podendo ser evitáveis ou inevitáveis, causando danos físicos ou meros transtornos do fluxo de tratamento, com perda da eficiência e aumento dos custos dos cuidados prestados.

Por sua vez Castilho (2014), apresenta como definições:

- Evento adverso - uma consequência não desejada, que resulta da prestação de cuidados de saúde;
- Incidentes - todos os acontecimentos indesejáveis que afetam o decorrer do processo, sem no entanto alterar o resultado final, resultando este conforme planeado;
- Acidentes - situações indesejáveis que afetam o decorrer do processo e comprometem o resultado planeado final;
- *Near miss* - denominados de quase incidentes, onde não ocorreu dano pois existiu uma recuperação através da atuação humana e/ou de mudança no sistema organizacional. Tornando-se relevantes, uma vez que, sendo facilmente reportáveis, dão a conhecer trajetória do incidentes e de como vir a preveni-lo;
- Eventos sentinela - eventos adversos que causam dano grave ou a morte, ocorrendo de forma isolada e não esperada. Impõem o reporte e investigação, com o

intuito de identificar falhas no processo ou na própria organização, indicando a origem e a causa deste tipo de acidente. Apresentam uma grande visibilidade pelos piores motivos, sendo marcadores de risco e de segurança organizacional;

- Cadeias de incidentes - admitindo que o incidente ocorre na sequência de uma cadeia de situações, envolvendo o conjunto de causas individuais e de causas organizacionais.

Relacionada com as cadeias de incidentes, após estudar as causas de diversos incidentes, em 1990 James Reason formula a “Teoria do Queijo Suíço”. Esta teoria aponta que todas as organizações possuem diversas barreiras de defesa, cuja função é defender as possíveis vítimas. Idealmente, as barreiras defensivas atuam de forma efetiva e eficaz, permanecendo intactas, contudo as mesmas possuem falhas, assemelhando-se a fatias de queijo suíço, possuindo diversos orifícios. Quando isolados, estes orifícios não representam perigo para as barreiras defensivas, contudo se por algum motivo os orifícios se alinham, formar-se-á uma trajetória de oportunidades, que podem levar à ocorrência de incidentes (Reason, 2000).

De acordo com o autor, os orifícios nas barreiras de defesa, surgem aliados a duas causas: falhas ativas e falhas latentes, que quando associadas dão origem ao incidente. Consideram-se como falhas ativas os lapsos e enganos praticados pelos indivíduos que estão no final da ação, cujos efeitos têm uma visibilidade imediata. Por sua vez, as falhas latentes, devem-se a processos organizacionais menos visíveis, inevitáveis e intrínsecos no sistema, que resultam de escolhas feitas por indivíduos que não se encontram diretamente envolvidos na ação. Este tipo de falhas tendem a ficar “ocultas” no sistema durante um longo período de tempo, contudo, se combinadas com as falhas ativas, as barreiras defensivas do sistema são de certo modo invadidas, originando a oportunidade de ocorrência de incidentes (Reason, 2000).

Também Carneiro (2010) aborda a “Teoria do Queijo Suíço”, referindo que este modelo diminui a importância do aprimoramento do comportamento humano de forma individual, apoiando a perspectiva de que se deve tentar diminuir os “buracos no queijo suíço”, gerando novas camadas de proteção de forma a impedir o alinhamento desses mesmos buracos. Segundo o autor este modelo impõe uma análise das causas dos problemas, centralizando a atenção nos aspectos institucionais e organizacionais, no ambiente de trabalho e no trabalho em equipa, assim como na própria tarefa. Abordar o incidente segundo esta perspectiva, não retira a pertinência à análise do comportamento do indivíduo que o cometeu. Esta evidência apenas que o sistema em que o indivíduo atua pode favorecer a sua ocorrência, contudo, é a união das duas abordagens do incidente que permite o sucesso da gestão do risco clínico.

2.2.3. Fatores que contribuem para a prevenção de incidentes na prestação de cuidados

Segundo o Pilar 5 do PNSD – Práticas Seguras em Ambientes Seguros:

“Garantir ambientes seguros para a prestação de cuidados seguros e em tempo útil, envolve um esforço de todos os intervenientes para assegurar condições físicas, técnicas e operacionais necessárias, contando com os gestores e as lideranças das instituições de saúde. O desenvolvimento e a manutenção de práticas seguras em ambientes seguros, é influenciado por diversos aspetos, tais como: a notificação de incidentes e eventos adversos, numa lógica de aprendizagem e melhoria da segurança; a criação de um ambiente onde se possa falar abertamente dos riscos, propor soluções e ter mecanismos de resposta, não punitiva ao erro e, uma cultura transparente e justa” (DGS, 2022a, p. 37).

As instituições devem tomar medidas de forma estimular uma cultura de segurança, minimizando a ocorrência de situações prejudiciais decorrentes da prestação de cuidados, tais como:

- Sistema/protocolo de notificação de eventos adversos;
- Atividade de formação profissional contínua;
- Processo clínico informatizado;
- Sistema informatizado de prescrição de medicação e indicações terapêuticas;
- *Guidelines*, *Checklists* e protocolos de atuação (Sousa, 2006).

De acordo com esta linha de pensamento, foi desenvolvido pela *National Patient Safety Agency* o documento intitulado de “*Seven Steps to Patient Safety*”, o qual descreve os sete passos fundamentais para prosperar a segurança dos doentes:

1- (*Built a safety culture*) Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa;

2- (*Lead and support your staff*) Liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança dos doentes;

3- (*Integrate your risk management activity*) Integrar as atividades de gestão do risco clínico desde a identificação das causas até à definição das ações corretivas e/ou preventivas;

4- (*Promote reporting*) Promover o reporte dos eventos adversos ou *near misses*, assegurando que os profissionais de saúde podem facilmente, e sem receios persecutórios, reportar os incidentes;

5- (*Involve and communicate with patients and the public*) Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral. Desenvolver formas para comunicar e auscultar os doentes acerca da problemática dos eventos adversos;

6- (*Learn and share safety lessons*) Aprender e partilhar experiências. Encorajar os profissionais de saúde a analisar a raiz dos problemas e as causas que estão subjacentes no sentido de aprender como e porquê o incidente ocorreu. A difusão da informação acerca das causas dos incidentes é fundamental para diminuir e evitar episódios recorrentes;

7- (*Implement solutions to prevent harm*) Implementar soluções para prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos doentes, através de mudanças nas práticas, nos processos e na estrutura da organização, sempre que tal se verifique necessário (National Patient Safety Agency, 2004).

Tal como supracitado anteriormente no segundo ponto “*Lead and support your staff*”, também o PNSD 2021-2026 no seu Pilar 2 – Liderança e Governança, refere que a cultura de segurança do doente é fomentada quando os líderes e gestores das instituições dão prioridade, desenvolvem e proporcionam condições que proporcionam uma cultura centralizada na segurança do doente, orientam a instituição para que, quer os doentes e as suas famílias, quer os profissionais de saúde sintam “confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema, mas também para responder de forma transparente aos desafios da complexidade inerente à prestação de cuidados de saúde” (DGS, 2022a, p. 26).

Também Fragata (2009) apresenta medidas que contribuem para o aumento de um ambiente clínico seguro, e que comporte menor risco:

- A segurança dos doentes deve ser encarada como uma componente fundamental da qualidade na prestação de cuidados de saúde, sendo a boa gestão do risco clínico crucial para a promoção dessa segurança. Deve existir, em cada hospital, uma estrutura e uma estratégia explícita de gestão do risco clínico;
- Torna-se fundamental estabelecer uma nomenclatura correta, ou terminologia do incidente, de forma a uniformizar a linguagem e as definições e, de igual modo, dar-se-á prioridade à definição de indicadores objetivos de performance e de segurança nos cuidados de saúde;
- A monitorização do risco deverá fazer-se com base em dois métodos: Declaração de eventos ocorridos – esta deve ser voluntária e anónima; e monitorização contínua da performance, por auditorias, por curvas de soma cumulativa, etc., que permitam acompanhar o desempenho e identificar em tempo útil os desvios e os *outliers*;
- Utilizando a gestão do risco clínico, devem ser implementadas como medidas para promover maior segurança o reporte de incidentes, *near miss* e eventos adversos, assim como a standardização de protocolos e orientações, incorporando tecnologias, nomeadamente de comunicação;
- Deve ser estimulada nos hospitais uma mudança cultural que contemple: valores partilhados sobre a segurança dos doentes; ambiente livre de culpa; comunicação e gestão do conhecimento.

2.3. Sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos

Como referido anteriormente, “uma das estratégias para promover a segurança do doente durante a prestação de cuidados de saúde, passa pela divulgação dos incidentes e consequentes danos que possam ter atingido os doentes” (Fonseca, 2012, p. 45).

Neste sentido, foram desenvolvidos sistemas de notificação, com o intuito de difundir uma incrementação da segurança do doente com a aprendizagem com o incidente, devendo integrar uma prática de cuidados seguros, estando deste modo a promover uma cultura de segurança (OMS, 2005).

2.3.1. Principais características dos sistemas de notificação

Segundo a OMS (2005), para o sucesso deste tipo de sistemas, estes devem ser: Não punitivo; Confidencial; Independente; Efetuar uma análise pericial; Ter credibilidade; Tempo - os relatórios devem ser analisados atempadamente e as recomendações devem ser prontamente disseminadas; Orientado para o sistema; e Ser capaz de dar resposta.

Neste sentido, o *Committee of Ministers*, do *Council of Europe* emite em 2006 um documento, onde se apresentam recomendação para a gestão da comunicação de incidentes e prevenção dos mesmos:

“Promover o desenvolvimento de um sistema de notificação de incidentes relacionados com a segurança dos doentes, a fim de reforçar a segurança dos doentes através da aprendizagem com esses incidentes; este sistema deverá:

- Ter um objetivo não punitivo e justo;
- Ser independente de outros processos regulamentares;
- Ser concebido de forma a encorajar os profissionais de saúde a notificar incidentes de segurança (por exemplo, sempre que possível, a notificação deve ser voluntária, anónima e confidencial);
- Estabelecer um sistema de recolha e análise das notificações de incidentes a nível local e, sempre que necessário, de forma agregada a nível regional ou nacional, com o objetivo de melhorar a segurança dos doentes; para este efeito, devem ser atribuídos recursos específicos;
- Envolver os sectores público e privado;
- Facilitar a participação dos doentes, dos seus familiares e de todos os outros prestadores de cuidados informais em todos os aspetos das atividades relacionadas com a segurança dos doentes, incluindo a notificação de incidentes de segurança dos doentes” (Committee of Ministers, 2006).

Segundo o Pilar 4 - Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança, do PNSD 2021-2026, os sistemas de notificação de incidentes devem garantir a confidencialidade do notificador e o anonimato da informação notificada, sendo estes um instrumento fundamental na promoção da segurança do doente, apresentando como características essenciais a voluntariedade, anonimização, confidencialidade e a não punição. “Estas características (...) podem encontrar obstáculos que implicam uma reflexão sobre o enquadramento legal destes sistemas. O PNSD 2021-2026 define como objetivo estratégico o aumento da cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança” (DGS, 2022a, p. 33).

Em Portugal, no que respeita a temática abordada nesta dissertação encontra-se disponível no SNS o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA, tendo sido lançado em 2014 pela DGS, segundo a Norma nº 015/2014 (DGS, 2014).

No relatório “*Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*” da DGS (2011), enumeram-se algumas das funcionalidades dos sistemas de notificação de incidentes:

- Parametrização da informação para cada tipo de incidente;
- Gestão do incidente;
- Gestão de Planos de Ação;
- Indicadores;
- Registo de incidentes;
- Realização/Acompanhamento de ações de mitigação de riscos.

Segundo o mesmo relatório, é possível notificar incidentes relacionados com:

- Administração clínica;
- Processo/procedimento clínico;
- Documentação;
- Infecção associada aos cuidados de saúde;
- Medicação e fluidos intravenosos;
- Sangue e hemoderivados;
- Dieta e alimentação;
- Oxigénio, gases e vapor;
- Dispositivos e equipamentos médicos;
- Comportamento;
- Acidentes do doente;
- Infraestrutura, edifício e instalações;
- Recursos e Gestão organizacional (DGS, 2011).

Depois de efetuada a notificação, é possível realizar a avaliação do risco. Esse processo de avaliação engloba:

- Identificação de Perigos e Riscos;
- Recolha do Nível de Risco (Probabilidade x Gravidade);

- Definição de causas potenciais;
- Determinar as causas chave dos riscos críticos;
- Definição do Plano de Ações (DGS, 2011).

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3. Problemática da Investigação e Objetivos do Estudo

3.1. Problemática da Investigação

O tema segurança do doente está cada vez mais presente e assume especial importância não só para os prestadores de cuidados de saúde mas também para a população em geral.

Trata-se de um tema basilar para as unidades de prestação de cuidados de saúde, sendo essencial propor mudanças e adotar medidas que contribuam para a segurança do doente e melhoria da qualidade dos cuidados, eliminando e diminuindo situações propícias ao acontecimento de incidentes que ponham em causa a segurança do doente durante a prestação de cuidados.

A verificação de incidentes que sucedem durante esse momento cria uma preocupação constante para os profissionais, dado que a sua atuação deve incidir em boas práticas com o propósito de promover e proteger a saúde e vida do doente que se encontra vulnerável, possui expectativas e esperança, e deposita confiança nas organizações e nos profissionais de saúde, procurando alcançar uma prestação de cuidados de excelência.

Sousa et al. (2010) referem que falhas ao nível da segurança do doente, podem comprometer as organizações de saúde, os seus profissionais e, principalmente, os doentes. As mesmas refletem-se em três dimensões:

- Perda de confiança dos doentes nas organizações de saúde e nos seus profissionais, degradando-se as relações entre ambos;
- Aumento dos custos, sociais e económicos, e conseqüente aumento dos danos causados e da casuística dos mesmos;
- Redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados/desejados, com conseqüências diretas na qualidade dos cuidados prestados.

A gestão do risco clínico implica um paradigma que assente numa prática de melhoria constante do sistema, tentando superar e alterar as combinações das falhas latentes, fiabilidade humana e riscos. Gerir o risco envolve a reunião de ações que possibilitem diagnosticar e lidar com os incidentes, permitindo deste modo a diminuição do seu impacto negativo a possibilitação de que não se voltem a repetir (Fragata & Martins, 2004).

Sendo assim, é fundamental que haja investimento no conhecimento dos riscos e perigos que colocam em causa a segurança do doente, para que seja possível intervir, desenvolver e adotar estratégias e ferramentas efetivas. A monitorização e vigilância frequentes são elementares, proporcionando a discussão e avaliação das práticas

implementadas, contribuindo deste modo para o desenvolvimento e compreensão sustentados, conduzindo a respostas efetivas (Farley et al., 2005).

Posto isto, o problema que conduziu à realização do estudo em questão prende-se com a baixa adesão à notificação de incidentes, por parte da equipa multidisciplinar de uma Unidade de Saúde em Portugal, sobre a qual se manterá o anonimato, a pedido da mesma. Esta questão põe em causa a segurança organizacional da instituição, e consequentemente a segurança dos doentes que a esta recorrem.

Segundo dados reunidos junto da Unidade de Saúde em estudo, a plataforma Her+ utilizada pela mesma para a notificação de incidentes foi adquirida no último trimestre de 2016, tendo a formação aos colaboradores acerca da mesma tido início em Janeiro de 2017. Segundo a mesma fonte, esta plataforma permite: a qualquer colaborador registar incidentes, de forma confidencial e, se pretender anónima; a constituição de grupos de análise de acordo com o incidente; o acompanhamento do tratamento do reporte; a implementação e monitorização de ações para dar resposta aos incidentes; a documentação de todo o processo e o tratamento estatístico de todos os dados relacionados com o reporte.

Na tabela 1, identificam-se o número de reportes e o tipo de incidente reportado, de 2017 a 2021, segundo dados disponibilizados pela Unidade de Saúde em estudo.

	2017	2018	2019	2020	2021
Reportes	111	45	55	48	91
Quase-incidente	92	27	24	s. d.	s. d.
Incidente	19	17	31	s. d.	s. d.
Eventos Sentinela	0	1	0	s. d.	s. d.

Tabela 1 - Número de reportes e o tipo de incidente reportado, de 2017 a 2021, na Unidade de Saúde em estudo
Legenda – s.d. – sem dados

Seguidamente serão discriminados os tipos de incidentes reportados, durante o período referido, segundo os dados disponibilizados pela Unidade de Saúde em estudo (Tabela 2).

Tipo de incidente	2017	2018	2019	2020	2021
Gestão do Percurso do Doente	64	11	15	s. d.	s. d.
Processo/Procedimento Clínico	8	5	7	s. d.	s. d.
Documentação	6	8	0	s. d.	s. d.
Infeção Associada aos Cuidados de Saúde	0	0	0	s. d.	s. d.
Medicação/Fluídos Intravenosos	9	5	7	s. d.	s. d.
Sangue e Derivados	0	0	0	s. d.	s. d.
Alimentação e Dieta	0	0	2	s. d.	s. d.
Gases Medicinais	0	0	0	s. d.	s. d.
Dispositivo/Equipamento Médico	7	4	8	s. d.	s. d.
Comportamento	0	0	0	s. d.	s. d.
Acidente do Doente	0	0	0	s. d.	s. d.
Queda do Doente	9	4	2	s. d.	s. d.
Úlceras por Pressão	1	0	0	s. d.	s. d.
Infraestrutura/Edifício/Instalações	3	1	3	s. d.	s. d.
Gestão Organizacional/Recursos	1	1	4	s. d.	s. d.
Segurança Geral	3	5	7	s. d.	s. d.
Outros	0	1	0	s. d.	s. d.
Total	111	45	55	48	91

Tabela 2 – Tipo de incidentes reportados através da plataforma Her+, desde 2017 a 2021, na Unidade de Saúde em estudo.

Legenda – s.d. – sem dados

Através da identificação dos constrangimentos que levam à subnotificação de incidentes, é possível sugerir estratégias que incentivem essa notificação, estando consequentemente a promover uma cultura de segurança organizacional centrada na segurança do doente. A intenção final será não só a de identificar os impedimentos à notificação, assim como apresentar possíveis ações de melhoria para ultrapassar o problema em questão. Os resultados do estudo serão expostos à direção da referida unidade, de forma a obter mudanças efetivas para a resolução deste problema.

3.1.1. Objetivos do Estudo

Propõe-se a realização de um estudo com o objetivo de identificar e compreender os constrangimentos sentidos pelos profissionais de saúde, que integram a equipa multidisciplinar de uma Unidade de Saúde em Portugal, na notificação de incidentes.

Como objetivos específicos/resultados do estudo, espera-se:

- Conhecer a taxa de utilização da plataforma de registo de incidentes;
- Compreender a importância da notificação de incidentes para os indivíduos em estudo;
- Entender a perceção dos inquiridos face ao desempenho da gestão do risco clínico na Unidade de Saúde em estudo;

- Avaliar a presença de uma cultura de notificação de incidentes na equipa multidisciplinar da Unidade em Estudo;
- Reconhecer as causas da subnotificação de incidentes;
- Identificar possíveis ações de melhoria para ultrapassar o problema em questão.

3.2. Modelo de Estudo Proposto e Variáveis em Estudo

Para a realização desta dissertação, recorreu-se à realização de um estudo de caso com características exploratórias.

O estudo de caso pode ser conduzido para que se explore, descreva e explique, uma realidade única (Yin, 2009), oferecendo inúmeras possibilidades de estudo, compreensão e melhoria da realidade social e profissional, por isso no campo da investigação em educação o uso deste método é crescente (Serrano, 1994). Este tipo de estudo é uma abordagem metodológica que permite analisar com intensidade e profundidade diversos aspetos de um fenómeno, de um problema, de uma situação real: o caso. Consiste no estudo “da particularidade e da complexidade de um único caso, a fim de compreender a sua atividade em circunstâncias importantes” (Stake, 1998, p. 11). Segundo Carmo e Ferreira (1998) recorrendo a um estudo com características exploratória consegue-se identificar uma determinada realidade pouco estudada, permitindo que se ergam hipóteses que levem ao entendimento dessa mesma realidade.

Além de um estudo com características exploratórias, esta dissertação orienta-se ainda por a uma estrutura descritiva, tendo em conta o objetivo de diferenciar fatores ou opiniões que possam estar associados ao fenómeno em estudo. Esta é uma característica de estudos que se baseiam na opinião dos indivíduos, estudando não só um indivíduo, mas sim uma amostra numerosa, de forma a assegurar uma descrição robusta do assunto em estudo. Este tipo de estrutura, de forma a ser considerada como descritiva, deve assegurar o facto ser sistemática, recorrendo a uma descrição exaustiva de todos os componentes do sujeito em observação, devendo a descrição ter como base a teoria, sendo que é através da mesma que o investigador encaminhará o seu processo de investigação, sabendo o que observar e como interpretar o que foi observado (Gauthier, 2003).

Através da revisão da literatura surgem diversas variáveis associadas à subnotificação de incidentes. Diversos estudos apontam múltiplas razões para essa questão (Claro et al., 2011; Elbeddini et al., 2020; Hamilton et al., 2018; Lee et al., 2018), entre as quais: sobrecarga de trabalho; esquecimento; não valorização dos incidentes sucedidos; falta de *feedback* oportuno; medo de repercussões pessoais ou profissionais; ceticismo acerca da utilidade das notificações; desacreditação acerca de mudanças no sistema; falta de tempo; documentação complexa; procedimentos de notificação longos; dificuldade/falha na identificação de incidentes; confidencialidade do doente; falta de rotina; relatórios estruturados e falta de motivação.

Também com a realização do estudo piloto acerca desta temática foi possível reconhecer possíveis causas para a questão em estudo. Através do mesmo identificou-se uma taxa de utilização da plataforma de 50%, sendo as principais causas de subnotificação: falta de *feedback*; postura das chefias; falha e demora na resposta aos problemas apresentados; utilização de outras formas de notificação; dificuldade de acesso à plataforma; desconhecimento acerca da existência da plataforma; medo de vir a sofrer represálias; noção de estar a prejudicar alguém; perceção errada acerca do propósito das notificações; desconhecimento acerca da importância da notificação; falta de tempo; processo de notificação moroso e falta de motivação, estando em consonância com outros estudos acerca da temática. Sendo que 90% dos inquiridos entende a notificação de incidentes como uma mais-valia para a melhoria dos cuidados prestados.

Tendo por base os aspetos referidos anteriormente, emergem as seguintes variáveis como possíveis causas para a questão de investigação a que se pretende dar resposta:

- Conhecimento acerca da existência da plataforma para a notificação de incidentes e frequência de utilização;
 - Perspetiva acerca da importância da notificação de incidentes;
 - Perspetiva acerca da eficácia na resolução dos problemas apresentados através da notificação de incidentes;
 - Sentimento de “ataque” quando alguém realiza notificação acerca do seu trabalho;
 - Dificuldade/falha na identificação de incidentes;
 - Não valorização dos incidentes sucedidos;
 - Perceção errada acerca do propósito da notificação;
 - Desconhecimento acerca da importância da notificação;
 - Falha e demora na resposta aos problemas apresentados através da notificação;
 - Falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada;
 - Ceticismo acerca da utilidade das notificações;
 - Desacreditação acerca de mudanças no sistema;
 - Processo de notificação longo;
 - Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais;
 - Noção de estar a prejudicar alguém;
 - Postura negativa das chefias face à notificação de incidentes;
 - Incitação das chefias para a não realização de notificações;
 - Falta de tempo para a realização de notificações, durante o horário de trabalho;
 - Esquecimento;
 - Falta de motivação;
 - Desconhecimento acerca da existência da plataforma para a notificação de incidentes;
 - Carência de formação acerca da utilização da plataforma;
 - Dificuldade de acesso ao sistema informático;
 - Utilização de outras formas de notificação;

Através da identificação dos constrangimentos à notificação de incidentes, é possível sugerir ações de melhoria que a incitem, estando conseqüentemente a promover uma cultura de segurança organizacional centrada na segurança do doente. De acordo com a revisão da literatura, as respostas apresentadas no estudo piloto e a informação retirada de outros estudos acerca da temática em questão, emergiram as seguintes possíveis ações:

- Divulgação acerca da existência da plataforma de notificação de incidentes, junto dos colaboradores;
- Promoção frequente da notificação de incidentes;
- Formação acerca da utilização da plataforma;
- Formação acerca do tipo de situações a notificar;
- Promover e facilitar o acesso ao sistema informático;
- Promoção da notificação de incidentes por parte das chefias diretas;
- Reforçar que a notificação não é uma forma de ataque, nem advém conseqüências negativas da mesma, quer para quem notifica, quer para quem é notificado;
- Promover maior envolvimento dos intervenientes do incidente, no processo de análise e resolução do mesmo;
- Comunicação ao notificador, acerca do desenvolvimento do processo de análise e resolução do incidente;
- Divulgação da resolução dos problemas apresentados.

3.3. Procedimentos Metodológicos

As decisões metodológicas são importantes, na medida em que permitem assegurar a fiabilidade dos resultados obtidos na investigação. Deste modo, de forma a atingir o objetivo e resultados propostos à realização do estudo, a metodologia utilizada corresponde a um estudo de investigação misto.

3.3.1. Estudo de Investigação Qualitativo e Instrumento de Colheita de Dados

O estudo considera-se qualitativo no que respeita à realização do estudo piloto.

Segundo Denzin e Lincoln (2005), a investigação qualitativa tem um foco multimetodológico, envolvendo abordagens interpretativas e naturalísticas dos temas estudados. O investigador qualitativo investiga num ambiente natural e interpreta os fenómenos, segundo os significados atribuídos pelos participantes do estudo (Aires, 2015).

A pesquisa qualitativa preocupa-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao universo mais profundo

das relações, dos processos e dos fenómenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1992).

Segundo Pinto et al. (2018), este tipo de investigação apresenta, na sua essência, as seguintes características:

- A fonte direta dos dados é o ambiente natural e o investigador é o principal agente da sua colheita;
- Os dados recolhidos são essencialmente de carácter descritivo;
- O investigador interessa-se, acima de tudo, por tentar compreender o significado que os participantes atribuem às suas experiências;
- A análise dos dados é feita de forma indutiva.

Segundo os mesmos autores, a seleção das técnicas a utilizar durante o processo de pesquisa constitui uma etapa que o investigador não pode minimizar, a concretização dos objetivos do trabalho de campo esta dependente das mesmas.

Tendo em conta o aspeto anteriormente referido, a entrevista semiestruturada foi a metodologia escolhida para colher os dados, onde se verifica abertura relativamente às questões, porém existe uma delimitação específica da temática, ou seja, são colocados elementos específicos na construção do enunciado da pergunta, que darão um certo direcionamento ao que se deseja conhecer com maior profundidade. O encadeamento das perguntas das entrevistas de carácter semiestruturado é apoiado pelos pressupostos e teorias que interessam à pesquisa, e simultaneamente fruto de novos pressupostos que surgem ao longo da entrevista (Minayo, 1992).

Esta é uma das técnicas mais comuns e importantes no estudo e compreensão do ser humano (Polit & Hungler, 2000), e uma das vantagens da mesma é permitir reunir uma significativa quantidade de informação através de questões promovendo a narração de experiências individuais (Fortin, 2009).

Além do mais, a entrevista permite uma aproximação dos atores principais, sendo através desta que segundo *The Health Foundation* e Marchon e Junior, citados por Pedrosa (2018, p. 140), “o investigador percebe a interpretação das vivências, recolhe os dados descritivos na linguagem e pode desenvolver uma ideia sobre o que está a estudar (...)”.

As entrevistas decorreram durante o mês de janeiro de 2021, com uma duração média de 15 minutos. Estas foram agendadas pessoalmente de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. A escolha do local ficou ao critério dos participantes, cuja escolha recaiu sempre no local de trabalho dos mesmos. Estes foram informados nesse momento da duração provável das entrevistas.

Para garantir que o procedimento seria uniforme, a entrevista foi sustentada num guião (Anexo 1), com questões que permitiram flexibilizar o decurso da entrevista de acordo com a informação fornecida pelos entrevistados, salvaguardando a necessidade de objetivar algumas situações. A construção do guião de entrevista teve em consideração a revisão da literatura acerca do estudo, a obtenção do consentimento informado para a realização da entrevista, a gravação da mesma, e a colocação das questões.

3.3.2. Estudo de Investigação Quantitativo e Instrumento de Colheita de Dados

A investigação quantitativa estuda de uma forma objetiva as causas dos fenómenos, apelando às regras da lógica e da medida. O percurso do investigador deve ser realizado de forma racional, começando pela definição do problema de investigação, passando pela medida dos conceitos, até à obtenção dos resultados. Esta metodologia é assente na objetividade, no controlo, e na generalização (Fortin, 2009).

Quando se utilizam métodos quantitativos, pretende-se recolher factos, estudando as relações entre si, realizando medições através de técnicas quantificáveis (Tavares, 2006). Assim, considera-se o método quantitativo como “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis”, que tem como objetivo “contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos” (Fortin, 2003, p. 22).

O método de colheita de dados utilizado para a realização do estudo de investigação quantitativo foi o questionário. Este método permite obter os dados de forma rápida e pouco dispendiosa, podendo ser aplicado a um vasto número de pessoas, tendo por isso vantagens, tais como a natureza impessoal, a uniformidade da apresentação e das diretivas (assegura a constância de um questionário para o outro) que contribui para a fidelidade do instrumento e o anonimato das respostas (tranquiliza os respondentes e leva-os a exprimir livremente as suas opiniões) (Fortin, 2009).

Com base nos resultados obtidos através da análise das entrevistas do estudo piloto, desenvolveu-se um estudo de investigação quantitativo, através da construção de um questionário (Anexo 2), desenvolvido na aplicação *GoogleForms*. A utilização deste método permitiu compreender as atitudes, opiniões, e preferências da população em estudo, tendo como objetivo a colheita de dados junto de um grande número de sujeitos, procurando a representatividade da população estudada.

Quanto às informações obtidas através da aplicação do questionário, estas visam conhecer a taxa de utilização da plataforma de registo de incidentes; compreender a importância da notificação de incidentes para os indivíduos em estudo; entender a perceção dos inquiridos face ao desempenho da gestão do risco clínico na Unidade de Saúde em estudo; reconhecer as causas da subnotificação de incidentes e identificar possíveis ações de melhoria para ultrapassar o problema em questão.

A estruturação do questionário foi efetuada em função dos objetivos intrínsecos ao conteúdo, forma e tipo de perguntas. O questionário estruturou-se em duas partes, sendo a primeira referente à caracterização socioprofissional dos indivíduos em estudo, e a segunda relativa à opinião dos mesmos face à notificação de incidentes, incidindo sobre as variáveis em estudo.

Relativamente às questões do questionário, optou-se por questões fechadas, com opções de resposta de seleção única ou múltipla, e de resposta através de uma escala linear, sendo o peso que cada uma apresenta para o indivíduo em estudo, mensurável através de uma escala *Likert* num contínuo de cinco opções, que vão do “discordo totalmente” até ao “concordo totalmente”, e do “não é importante” ao “muito importante”, às quais serão atribuídas pontuações de 1 a 5 pontos, com o intuito de obter um

resultado que não só pudesse dar resposta à questão inicial, como também permitisse proporcionar a identificação de ações de melhoria e possíveis medidas a tomar de forma a contornar o problema apresentado. A escolha da utilização de uma escala de *Likert* teve por base as propriedades básicas destacadas por Cummins e Gullone (2000), como sendo a confiabilidade, validade e sensibilidade.

Cummins e Gullone (2000) além de levantarem a questão de ancorar a escala com palavras nas extremidades como “concordo totalmente” e “discordo totalmente”, destacam a utilização da categoria central (ponto neutro), “não concordo, nem discordo”. Esta opção, defendida por alguns autores, pode fazer com que os inquiridos se sintam mais confortáveis ao responder. Contudo Tsang (2012) realça a preocupação existente relativa à confiabilidade e validade das medições, uma vez que o ponto neutro pode gerar ambivalência e indiferença do inquirido, destoando da sua verdadeira opinião. No entanto, Coelho e Esteves (2007) afirmam ser possível que o inquirido não tenha uma opinião ou experiência relativamente ao assunto em estudo.

A elaboração das questões que inteiram o questionário consiste sempre num trabalho de aprimoramento, procurando a redução da margem de erro do instrumento de colheita de dados e conseqüentemente dos resultados obtidos. Deste modo, a elaboração do questionário utilizado neste estudo teve em sempre presente o cuidado de evitar erros frequentes, onde se podem destacar a existência de termos que manipulam e incitam os inquiridos nas respostas; a aplicação de termos dúbios cuja compreensão poderá não ser semelhante para todos os inquiridos; a utilização de linguagem técnica de difícil compreensão; falta de equilíbrio nas hipóteses de resposta, induzindo o inquirido a uma resposta positiva ou negativa (Foddy, 1996; Ghiglione & Matalon, 1993; Hill & Hill, 2009).

Para a partilha dos questionários, foi efetuada a sua distribuição a toda a população em estudo, sabendo à partida que seria pouco provável inquirir todos os profissionais pelos mais variados motivos, onde se destacam: recusa em responder ao inquérito; ausências prolongadas no local de trabalho; impossibilidade de inquirir todos os casos em tempo útil e desinteresse no tema. A distribuição foi efetuada através do correio eletrónico institucional, com hiperligação para a aplicação *GoogleForms*, e o seu preenchimento foi realizado através da mesma, durante o mês de Janeiro de 2022, tendo os participantes do estudo sido esclarecidos acerca da forma como este deveria ser preenchido, dando o seu consentimento para a recolha e tratamento dos dados.

3.4. **Amostra**

Segundo Fortin (2009), a amostra é uma fração da população, devendo ser justamente representativa da mesma.

3.4.1. Estudo de Investigação Qualitativo

A seleção da amostra adquire na metodologia qualitativa:

“Um sentido muito particular: tem por objetivo obter a máxima informação possível para a fundamentação do projeto de pesquisa e criar uma teoria, baseando-se, ao contrário da amostra quantitativa, em critérios pragmáticos e teóricos. Por isso, em vez da uniformidade, a amostra na investigação qualitativa procura a máxima variação. Esta perspetiva de amostragem é intencional porque os sujeitos que a constituem não são escolhidos ao acaso: o investigador seleciona as unidades de amostragem a partir de critérios específicos” (Aires, 2015, p. 22).

Posto isto, para a realização do estudo piloto os indivíduos foram selecionados de forma a constituir uma amostra representativa dos profissionais da unidade em estudo, com o intuito de obter informação diversificada, tendo em conta a postura que apresentam no dia-a-dia e relação ao tema em estudo e de acordo com um critério estratégico pessoal – alguns dos sujeitos foram selecionados por possuírem um conhecimento mais profundo acerca do problema em estudo – amostra por conveniência.

Com o intuito de representar a população de 300 profissionais da Unidade de Saúde em estudo, a amostra selecionada foi constituída por 10 profissionais, que integram a equipa multidisciplinar dessa unidade, 2 Enfermeiros, 2 Auxiliares de Ação Médica, 2 Médicos, 2 Administrativos e 2 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, quer do sexo masculino quer feminino, com idades compreendidas entre 30 e 48 anos de idade, sendo a média de idades 36,4 anos.

3.4.2. Estudo de Investigação Quantitativo

No que respeita à aplicação do questionário, pretendeu-se que a amostra incluísse todos os cerca de 300 profissionais que constituem a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde em estudo sendo que, segundo dados da mesma, em 2019 esta era composta por 37 Auxiliares de Ação Médica; 32 Administrativos; 46 Enfermeiros; 177 Médicos e 8 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica. A inclusão de profissionais de todas as categorias referidas anteriormente fornece uma boa ideia sobre a generalização dos resultados.

3.5. Considerações Éticas

A realização deste estudo teve em consideração a conservação dos princípios éticos, sendo este um aspeto essencial dado que, tanto a técnica de pesquisa e instrumento de colheita de dados, como os resultados obtidos, podem para além de contribuir para o avanço do conhecimento, lesar os direitos fundamentais dos participantes.

Com base nestes pressupostos, foram garantidas as seguintes considerações éticas:

- Salvar a proteção dos direitos e liberdade dos indivíduos dispostos a colaborar nesta investigação, de acordo com o regime de proteção de dados em vigor.
- Informar os participantes sobre todos os aspetos que podem influenciar a sua participação ou não na investigação (consentimento livre e esclarecido);
- Manter relações de total honestidade com os indivíduos participantes (direito a um tratamento justo e equitativo);
- Aceitar a decisão dos participantes recusarem participar na investigação ou de desistir quando assim o entenderem (autodeterminação);
- No decurso da investigação, proteger os participantes de qualquer dano, moral ou profissional causado pelos resultados (direito à proteção e ao desconforto);
- Informar os participantes sobre os resultados da investigação, assim como, qualquer dúvida suscitada;
- Garantir a confidencialidade da informação obtida (direito à confidencialidade e ao anonimato);
- Utilização dos dados recolhidos no estudo apenas para o fim a que se destinam;
- Solicitar junto da Unidade de Saúde onde se realizou o estudo, a devida autorização para inquirir os participantes no estudo (Anexos 3 e 4) (Fonseca, 2012).

3.6. Obtenção de Resultados

De forma a obter os resultados necessários à realização do estudo, procedeu-se à técnica de análise de conteúdo, que Bardin (1977) designa como: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 1977, p. 38).

3.6.1. Estudo de Investigação Qualitativo

Para a obtenção de resultados, a informação recolhida em suporte áudio, foi posteriormente transcrita para documento *Word*. Após leitura das transcrições das entrevistas, iniciou-se o processo de categorização, tendo sido criadas diferentes categorias e subcategorias em cada unidade temática. Após categorização, recorreu-se ao programa informático *Microsoft Excel*, através do qual se construíram tabelas onde

se atribuíram as categorias de respostas a cada entrevista, com distribuições percentuais, obtendo desta forma as conclusões para o estudo.

Assim, foi possível organizar a informação recolhida, o que permitiu agrupar as unidades de registo conforme os quadros disponíveis no Anexo 5. As entrevistas foram transcritas na íntegra e o seu conteúdo foi submetido à análise temática de conteúdo, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e interpretação. Este processo, denominado de categorização, seguiu o modelo de análise proposto por Castilho (2014) e permitiu classificar em dimensões e categorias temáticas as expressões dos entrevistados, classificando-as por semelhança, na medida em que foram encontradas.

3.6.2. Estudo de Investigação Quantitativo

Para a obtenção de resultados, foi efetuada a transcrição das respostas ao questionário, tendo sido categorizadas as respostas dos indivíduos entrevistados, de forma a obter as respostas para o estudo em questão. Após a categorização, recorreu-se ao programa informático *Microsoft Excel*, através do qual se construíram tabelas de frequência, onde se atribuíram as categorias e frequências de respostas a cada questão do questionário (Anexo 6).

A análise das respostas teve como base a análise de frequências, obtendo desta forma as conclusões para o estudo, não tendo sido possível a realização de testes estatísticos, uma vez que a taxa de resposta ao questionário foi de 20% (60 questionários respondidos), não assegurando a sua representatividade, embora tenham sido realizados diversos reforços numa tentativa de obtenção de maior número de respostas.

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

4. Apresentação de Resultados

No presente capítulo pretende-se apresentar os resultados obtidos durante a realização do estudo, relativamente ao estudo piloto (entrevista) e ao estudo final (questionário). Esses resultados serão analisados em dois momentos distintos: caracterização da amostra estudada e apresentação dos resultados que dão resposta aos objetivos do estudo proposto.

4.1. Resultados das Entrevistas

Neste subcapítulo apresenta-se a análise da informação obtida através das entrevistas realizadas. Assim, no decorrer deste capítulo serão utilizados excertos das entrevistas a fim de ilustrar a presente análise da informação recolhida.

4.1.1. Caracterização da amostra

Com o intuito representar a população de 300 profissionais da Unidade de Saúde em estudo, a amostra selecionada foi constituída por 10 profissionais, que integram a equipa multidisciplinar dessa unidade, 2 Enfermeiros, 2 Auxiliares de Ação Médica, 2 Médicos, 2 Administrativos e 2 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica.

Na população entrevistada, 80% dos indivíduos entrevistados são do sexo feminino, sendo os restantes 20% do sexo masculino, com idades compreendidas entre 30 e 48 anos de idade, sendo a media de idades 36,4. Quanto às habilitações literárias temos que, 80% possui Licenciatura e 20% o 12º Ano de escolaridade.

4.1.2. Resultados relativos aos objetivos do estudo

- **Noção de incidente e Conhecimento acerca da plataforma de notificação de incidentes**

Com a realização do estudo piloto concluiu-se que todos os inquiridos detêm a noção de incidente, e que apenas 10% dos inquiridos (um indivíduo) desconhecia a existência de uma plataforma para realizar a notificação dos mesmos.

- **Utilização da plataforma de notificação de incidentes**

A utilização da plataforma é efetuada por 50% dos indivíduos inquiridos (5 indivíduos), sendo que apenas 40% desses utilizadores recorre à plataforma de forma frequente.

- **Causas para a não utilização da plataforma de notificação de incidentes**

Nas causas para a não utilização da plataforma, encontram-se diversos motivos, sendo que alguns dos indivíduos referem mais do que uma causa para a não utilização da mesma. Dos 5 indivíduos que não utilizam a plataforma:

- 20% refere notificar os incidentes diretamente à chefia;
- 20% reporta os incidentes a profissionais de outra classe, por exemplo à equipa de enfermagem;
- 20% recorre ao confronto direto com a pessoa que cometeu o “erro”;
- 20% nunca sentiu necessidade de utilizar a plataforma;
- 20% desconhecia a existência da plataforma,

Sendo que 2 desses indivíduos referem ainda a falta de informação acerca do funcionamento da plataforma como uma segunda causa para a não utilização da mesma.

Apresentam-se alguns excertos das entrevistas como exemplos:

- Entrevista 3 *“Nunca me despertou para utilizar, nem sei como funciona. Falo com a chefia e fica resolvido”*.

- Entrevista 4 *“Não sei como funciona a plataforma, apesar de saber que existe. Sempre que acontece um incidente reporto aos enfermeiros, e depois eles é que reportam na plataforma”*.

- Entrevista 7 *“Falo diretamente com a pessoa envolvida na falha. Não tenho motivo em específico, prefiro o contacto entre colegas do que ser através de uma plataforma, torna tudo impessoal e acho que não há necessidade”*.

- **Importância da notificação de incidentes**

Quanto à importância da notificação de incidentes, verificou-se que apenas 10% da amostra refere não ser importante, justificando com o facto de a notificação não originar ações ou alterações, que previnam a reincidência dos incidentes:

- Entrevista 2 *“Não é de extrema importância porque depois não se verificam ações consequentes dessa notificação. Não nos chega essa resolução. O mesmo incidente acontece várias vezes, reportamos, mas depois não se altera nada, acabamos por andar no terreno sempre a resolver as coisas da mesma maneira”*.

A restante amostra (90%), reconhece a importância de notificar incidentes, e desse grupo:

- 11% referencia que permite o seguimento e acompanhamento do mesmo;
- 11% refere que possibilita o registo do incidente, não existindo espaço para a ocultação de informação por parte de hierarquias superiores;
- 78% afirma que viabiliza a alteração de comportamentos, procedimentos e/ou circuitos, que futuramente possam dar origem a novos incidentes, tal como apresentado nos excertos das entrevistas:

- Entrevista 1 " (...) *É uma mais-valia porque existe um registo do que eventualmente aconteceu, e porque a plataforma dá seguimento e acompanhamento ao doente que sofreu o incidente*".

- Entrevista 3 "*Porque fica registado. Porque por exemplo, podemos falar com a chefia, não fica registado, e a chefia finge que não sabe*".

- Entrevista 6 "*É importante para que possamos fazer melhor, para que as equipas possam entender o que está a correr mal e que de certa forma se possam criar medidas e estratégias e corrigir os erros, para que no final do dia possamos fazer um melhor trabalho, tendo sempre em vista a segurança do doente*".

- Entrevista 7 "*Para mim é importante, ajuda a melhorar. Às vezes um erro pode levar a que ocorram outros. Por isso para mim é muito importante reportar, independentemente do meio que utilizamos para isso*".

- Entrevista 10 "*É importante porque é uma forma objetiva de se conseguir por um lado perceber o tipo de incidentes que acontecem, e de se poderem tomar medidas corretivas em relação a isso. E por outro lado não é só é importante o tipo de incidente, mas também o número em que ocorrem, porque se todos notificassem os incidentes que se verificam poder-se-iam ter muitas mais atitudes no sentido de melhorar do que não notificando*".

• **Contribuição que a notificação apresenta para a cultura de segurança institucional**

No que respeita à contribuição que a notificação apresenta para a cultura de segurança institucional,

- 70% dos inquiridos refere que ao notificarem entendem estar a contribuir para a melhoria da mesma;

- 20% acredita que a notificação nem sempre conduz a uma melhoria da cultura de segurança da instituição;

- 10% refere que não contribui, embora fosse o esperado.

- Entrevista 6 "*Gostaria de acreditar que sim, mas acho que nem sempre se verifica*".

- Entrevista 5 "*Seria o objetivo, mas não acho que aconteça*".

• **Resolução do problema apresentado**

Quanto à resolução do problema apresentado através da notificação de incidentes:

- 20% acredita que esta nem sempre é realizada de forma objetiva e clara;

- 30% entende que não é realizada de forma objetiva e clara;

- 50% acredita existir clareza e objetividade na resolução das notificações de incidentes apresentadas.

- Entrevista 1 "*Não. Nem sequer sei o que foi feito aos doentes*".

- Entrevista 6 "*Não, porque muitas vezes não são vistas como aprendizagem, muitas vezes são vistas como algo que se deve esconder*".

- Entrevista 8 *“Penso que sim, do que tenho visto são questionados os vários intervenientes acerca do que sucedeu, a resposta é dada, e penso que depois é tratado de forma mais objetiva possível”.*

- **Perceção da notificação de incidentes por parte dos colaboradores da instituição**

No que respeita ao modo como é vista a notificação de incidentes por parte dos colaboradores da instituição em estudo, 70% dos inquiridos afirma ser muitas vezes vista como um “ataque” a quem cometeu o “erro”.

- Entrevista 6 *“Sim, no meu caso. Notifiquei há uns tempos um incidente (...) e não foi lidado da melhor forma porque fui entre aspas repreendida pela minha chefia por ter feito a notificação. Não viram como algo que devesse ser feito, viram como uma ofensa à chefia, apesar de eu ter tentado explicar que devia ter sido reportado para todos melhorarmos, mas lamento que não tenha sido visto dessa forma”.*

- Entrevista 10 *“Sim, não das minhas notificações, mas de outras pessoas. A ideia que muitas vezes fica é que quem notificou está a “atacar” o outro, existem exemplos disso”.*

- **Erro cometido pelo próprio notificado na plataforma de notificação de incidentes**

20% dos entrevistados (2 indivíduos) já viu um “erro” cometido por si durante a sua atividade laboral ser notificado na plataforma, e 10% (1 indivíduo) chegou mesmo a fazer uma notificação acerca do próprio trabalho:

- Entrevista 10 *“(...) Uma vez notifiquei um incidente que tinha sido eu própria a cometer, uma troca de fármacos. (...)”.*

- **Sentimento face à notificação acerca do próprio trabalho**

Os indivíduos que viram um erro seu ser notificado por outros, admitem ter sentido que foram “atacados” com essa notificação.

- **Postura da chefia na resolução da questão**

Quanto à postura da chefia na resolução da questão, 2 dos 3 indivíduos referem não ter sentido qualquer tipo de represália, sendo que 1 dos indivíduos admite ter sido utilizado um tom inquisidor por parte da chefia na abordagem.

- **Existência de uma cultura de notificação de incidentes junto dos seus pares**

Relativamente à existência de uma cultura de notificação de incidentes junto dos seus pares, todos os entrevistados admitem que esta não se verifica, apresentando diversas causas, sendo que muitos dos indivíduos referem mais do que uma causa para esta questão:

- Falta de feedback (1 resposta);
- Indicação da chefia para não realizar determinadas notificações (1 resposta);
- Não notificam porque chefia fica contente quando não o fazem (1 resposta);
- Comunicar incidente à chefia apresenta solução mais rápida comparativamente à notificação na plataforma (1 resposta);
- Hábito de comunicar incidente diretamente à chefia (2 respostas);
- Hábito de comunicar incidente a profissionais de outra classe (1 resposta);
- Dificuldade de acesso ao sistema informático (1 resposta);
- Não sabe utilizar a plataforma (3 respostas);
- Desconhece a existência da plataforma (2 respostas);
- Medo de sofrer represálias (1 resposta);
- Medo de vir a prejudicar quem cometeu o “erro” (1 resposta);
- Sentimento de estar a “apontar o dedo” a alguém (1 resposta);
- É visto como ataque, e não como forma de melhoria (2 respostas);
- Desconhecimento acerca da importância da notificação (1 resposta);
- As pessoas sentem que as notificações não têm o resultado que é esperado (2 respostas);
- Inexistência de consequências para o doente, quando se verificam determinados incidentes (1 resposta);
- Falta de tempo para realizar notificação durante o horário de trabalho (1 resposta);
- Processo moroso (1 resposta)
- Falta de motivação (1 resposta).

- Entrevista 1 *“Por causa do feedback. E também porque alguns incidentes foram registados e nos foi dito para não o fazermos sem antes falarmos com a chefia. Foram registados incidentes da parte administrativa (...) e por serem muito frequentes, às vezes chegaram a ser 5 diárias, foi-nos dito para parar de fazer essa notificação”.*

- Entrevista 2 *“Porque acabamos por comunicar incidentes com equipamentos, procedimentos e circuitos, diretamente à chefia porque apresentam uma resolução mais rápida”.*

- Entrevista 3 *“Porque vamos diretamente à chefia. Também não sei bem como funciona a plataforma”.*

- Entrevista 4 *“Porque existe o hábito de notificar diretamente os enfermeiros, e também porque a nível de auxiliares, não temos tão fácil acesso aos computadores e não temos grande conhecimento acerca do funcionamento da plataforma”.*

- Entrevista 5 “As pessoas sentem que não tem o resultado que é esperado, que na maior parte das situações é visto mais como um ataque do que como uma forma de melhoria. As pessoas sentem que vão sentir represálias ou ser prejudicadas de uma ou outra forma, e acabam por evitar fazê-lo. E sentem que podem vir a prejudicar a pessoa que cometeu o “erro”, a quem estão a notificar”.

- Entrevista 6 “Porque acho que as pessoas gostam mais de agradar do que propriamente... As pessoas gostam que os outros estejam contentes com eles, e se a chefia está contente quando não se reporta, as pessoas não o fazem”.

- Entrevista 7 “Primeiro, a grande maioria se questionada não sabe utilizar a plataforma. Eu própria depois pedi para me ensinarem a utilizar, e o responsável veio explicar como se utilizava. E também porque a nossa forma de trabalhar, é reportar à chefia e depois a chefia trata, não temos a proatividade de sermos nós a fazê-lo”.

- Entrevista 8 “Devido à perceção de que estamos a apontar o dedo a alguém”.

- Entrevista 9 “Talvez também por falta de conhecimento acerca da existência da plataforma, porque junto dos meus colegas nunca ouvi falar da dita plataforma sequer”.

- Entrevista 10 “Alguns por desconhecimento da existência da plataforma, e outros por desconhecimento até da importância da notificação. (...) Penso que se deve muitas vezes ao facto de ser um processo moroso, e acho que tem a ver com uma certa inercia que existe em relação a isso... nem todos os dias estamos motivados para estar a notificar incidentes. (...) Também se verifica o facto de as pessoas terem muito pouco tempo durante o seu tempo de trabalho para estarem a notificar, até percebem que às vezes existem quase acidentes, que são coisas muito importante para notificar, mas como não teve consequências, como correu tudo bem acabam por desvalorizar, e como não têm tempo esse também é um fator”.

• **Causas para a inexistência de uma cultura de notificação de incidentes junto dos seus pares**

As causas anteriormente apresentadas foram agrupadas em categorias, de forma a ser mais fácil a sua identificação:

- Falta de *feedback*;
- Postura das chefias (indicação da chefia para não realizar determinadas notificações; não notificam porque chefia fica contente quando não o fazem);
- Falha e demora na resposta aos problemas apresentado (comunicar incidente à chefia apresenta solução mais rápida comparativamente à notificação na plataforma; as pessoas sentem que as notificações não têm o resultado que é esperado);
- Utilização de outras formas de notificação (comunicar incidente à chefia apresenta solução mais rápida comparativamente à notificação na plataforma; hábito de comunicar incidente diretamente à chefia; hábito de comunicar incidente a profissionais de outra classe);
- Dificuldade de acesso à plataforma (dificuldade de acesso ao sistema informático; não sabe utilizar a plataforma);
- Desconhecimento acerca da existência da plataforma;
- Medo de vir a sofrer represálias;

- Noção de estar a prejudicar alguém (medo de vir a prejudicar quem cometeu o “erro”; sentimento de estar a "apontar o dedo" a alguém);
- Perceção errada acerca do propósito das notificações (é visto como ataque, e não como forma de melhoria);
- Desconhecimento acerca da importância da notificação (desconhecimento acerca da importância da notificação; inexistência de consequências para o doente, quando se verificam determinados incidentes);
- Falta de tempo;
- Processo de notificação moroso;
- Falta de motivação.

- **Estratégias além da plataforma para realizar a notificação de incidentes**

Com a realização das entrevistas percebeu-se ainda que, apesar de 50% dos indivíduos em estudo não utilizar a plataforma, estes encontram outras estratégias para de certo modo “notificar” o acontecimento de incidentes. Essas estratégias, algumas já referidas anteriormente, passam por: notificar diretamente a chefia; notificar profissionais de outras categorias profissionais; falar diretamente com a pessoa que cometeu o erro, e notificar a direção de produção por correio eletrónico.

- Entrevista 9 “(...) *De qualquer forma quando verifico a presença de um incidente, notifico as pessoas que estão presentes, diretamente, e se achar que o incidente é grave e terá tendência para se repetir, notifico a direção de produção por e-mail*”.

- **Alterações a nível institucional com o intuito de promover uma notificação de incidentes mais frequente**

Os indivíduos também foram questionados acerca das alterações que deveriam surgir a nível institucional com o intuito de promover uma notificação de incidentes mais frequente. Neste caso alguns indivíduos também referem mais do que uma estratégia para superar essa questão:

- Chefias devem promover notificação (3 respostas);
- Formação acerca da plataforma (3 respostas);
- Reforçar que a notificação não é nenhuma forma de ataque, nem advém consequências negativas da mesma, quer para quem notifica, quer para quem é notificado (4 respostas);
- Existência de *feedback* (3 respostas);
- Promover o acesso de todos ao sistema informático (1 resposta);
- Maior envolvimento dos intervenientes do incidente, no processo de análise e resolução do mesmo (1 resposta)
- Promoção da notificação de forma mais frequente junto a todos os colaboradores, por parte da gestão do risco clínico (1 resposta).

- Entrevista 1 *“Acho que a plataforma criada é boa, tem diversos campos para especificar as situações. Acho que deve é ser aplicada por todos, e que haja depois uma resposta e eventualmente algum envolvimento de quem esteve envolvido nos incidentes, e também no sentido de perceber o que foi feito com a situação. Acabamos por dar o nosso tempo porque achamos que é importante registar esses incidentes, mas o que transparece é que nada é feito além daquele registo. Atenção que pode até ser feito, mas eu não sei, nunca tive esse feedback”.*

- Entrevista 2 *“Haver feedback mais rápido, uma maior disseminação, cultivar, incentivar, por exemplo enviar email aos colaboradores”.*

- Entrevista 3 *“A nível dos auxiliares, penso que não temos esse hábito. Podíamos ter mais formação sobre isso, houve já uma formação sobre isso. Mas nessa formação também percebi que as pessoas dizem que quando fazem as notificações se sentem postas de parte”.*

- Entrevista 4 *“(…) Talvez ajudasse os auxiliares terem mais acesso aos computadores”.*

- Entrevista 5 *“Deveria ter uma resposta eficaz, ter um feedback, (...) e as chefias verem o processo como forma de aprendizagem e de melhoria, e não como forma de ataque pessoal e não rebaixar a falha de uma pessoa”.*

- Entrevista 6 *“Claro que primeiramente, mudar a mentalidade das chefias, para que posteriormente possamos mudar a mentalidade de cada um de nós, que trabalha sob a chefia dessas pessoas. Em como fazer reportes deve ser feito, não é errado, e é o melhor para todos, e se não vier de cima, não vai chegar a quem trabalha sob o comando dessas pessoas”.*

- Entrevista 7 *“Acho que, desmistificar a questão de ser queixinhas, porque acho que é isso que passa”.*

- Entrevista 8 *“Voltar a referir em formação, como já tivemos anteriormente, que é de facto uma ferramenta de trabalho para melhorar o sistema, e não um ataque a ninguém, que a pessoa não vai sofrer consequências por estar a ser notificada ou por estar a notificar alguém”.*

- Entrevista 9 *“Para mim, seguramente ter conhecimento acerca da plataforma”.*

- Entrevista 10 *“Eu acho que por um lado as próprias chefias deviam promover a notificação, e acho que esse é o passo que limita mais as notificações. (...) Acho que se as chefias diretas, não as de topo, promovessem a notificação como um incentivo para a melhoria, acho que isso iria contribuir de forma bastante positiva”.*

4.2. Resultados dos questionários

Neste subcapítulo apresenta-se a análise da informação adquirida através do preenchimento dos questionários. A análise das respostas teve como base a análise de frequências, obtendo desta forma as conclusões para o estudo, não tendo sido possível a realização de testes estatísticos, uma vez que a taxa de resposta ao questionário foi de 20% (60 questionários respondidos), não assegurando a sua representatividade, embora tenham sido realizados diversos reforços numa tentativa de obtenção de maior número de respostas.

4.2.1. Caracterização da amostra

A amostra dos questionários é composta por 60 profissionais que integram a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde em estudo. Os inquiridos caracterizam-se por Categoria Profissional, Habilitações Literárias, Tempo de Serviço na Unidade em estudo, Faixa Etária e Género, de acordo com tabela e gráficos apresentados.

		Menos de 30 anos		30/39 anos		40/49 anos		50/59 anos		60 anos ou mais		Total	
		%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.
Masculino	AAM	0,00	0,00	1,67	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,67	1,00
	TSDT	0,00	0,00	3,33	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,33	2,00
	Enfermeiros	1,67	1,00	5,00	3,00	0,00	0,00	1,67	1,00	0,00	0,00	8,33	5,00
	Médicos	0,00	0,00	1,67	1,00	5,00	3,00	0,00	0,00	10,00	6,00	16,67	10,00
	Administrativos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total	1,67	1,00	11,67	7,00	5,00	3,00	1,67	1,00	10,00	6,00	30,00	18,00
Feminino	AAM	5,00	3,00	3,33	2,00	3,33	2,00	3,33	2,00	0,00	0,00	15,00	9,00
	TSDT	1,67	1,00	3,33	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,00	3,00
	Enfermeiros	6,67	4,00	16,67	10,00	3,33	2,00	1,67	1,00	0,00	0,00	28,33	17,00
	Médicos	0,00	0,00	3,33	2,00	5,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,33	5,00
	Administrativos	1,67	1,00	8,33	5,00	0,00	0,00	3,33	2,00	0,00	0,00	13,33	8,00
	Total	15,00	9,00	35,00	21,00	11,67	7,00	8,33	5,00	0,00	0,00	70,00	42,00
Total		16,67	10,00	46,67	28,00	16,67	10,00	10,00	6,00	10,00	6,00	100,00	60,00

Tabela 3 - Caracterização da Amostra: Género, Faixa Etária e Categoria Profissional (% e valores absolutos).
 Legenda: Freq.- Frequência; AAM – Auxiliar de Ação Médica;
 TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

Quanto à distribuição da amostra por Género, 70% dos indivíduos inquiridos são do género Feminino, sendo a restante percentagem (30%), do género Masculino (Gráfico 1).

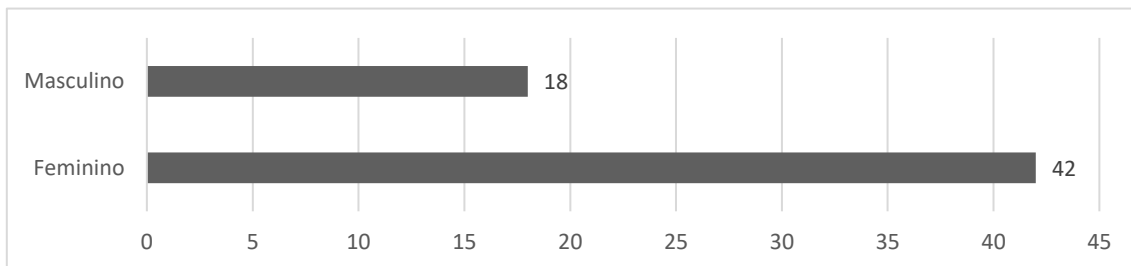


Gráfico 1 – Distribuição da amostra por Género.

Da interpretação dos dados relativos à distribuição por idades, representados no Gráfico 2, é possível referir que a maior percentagem da amostra se encontra na faixa etária entre os 30 e 39 anos com uma percentagem de 46,67%; seguida das faixas etárias entre os 40 e 49 anos, e menos de 30 anos, ambas com uma percentagem de 16,67% cada uma. As faixas etárias correspondentes aos 50/59 anos e 60 anos ou mais apresentam a menor percentagem em comparação com as anteriores, ambas com uma percentagem de 10% cada uma.

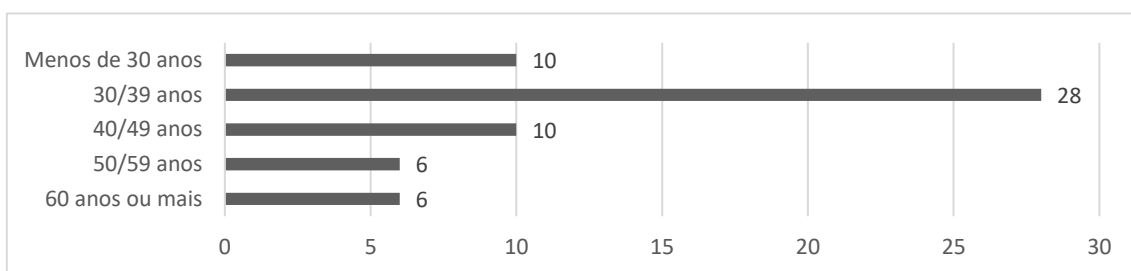


Gráfico 2 – Distribuição da amostra por Faixa Etária.

Analisando a distribuição da amostra por Categoria Profissional, podemos verificar no Gráfico 3, que o maior grupo profissional representado é o dos Enfermeiros com 36,67%, seguido dos Médicos com 25 %, Auxiliares de Ação Médica com 16,67%, Administrativos com 13,33% e por último Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica com 8,33%.

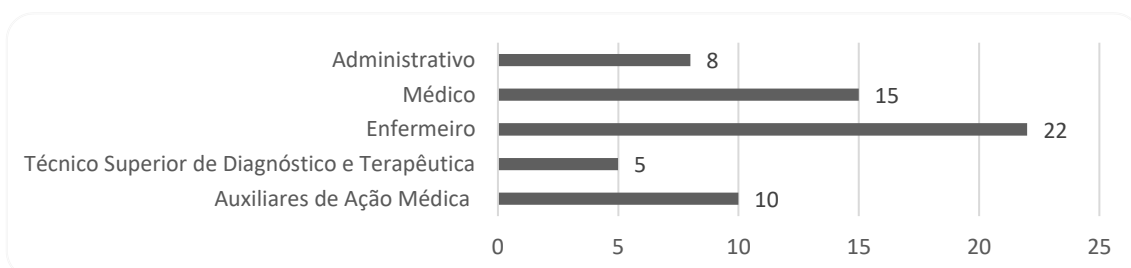


Gráfico 3 – Distribuição da amostra por Categoria Profissional.

Relativamente às Habilitações Literárias da amostra em estudo, através do Gráfico 4, verificamos que a maioria dos inquiridos possui Licenciatura (61,67%), seguindo-se Mestrado (16,67%), 12º Ano (15%) e por fim à resposta a Outras Habilitações obteve-se a menor percentagem (6,67%), sendo que nenhum dos inquiridos possui Doutoramento.

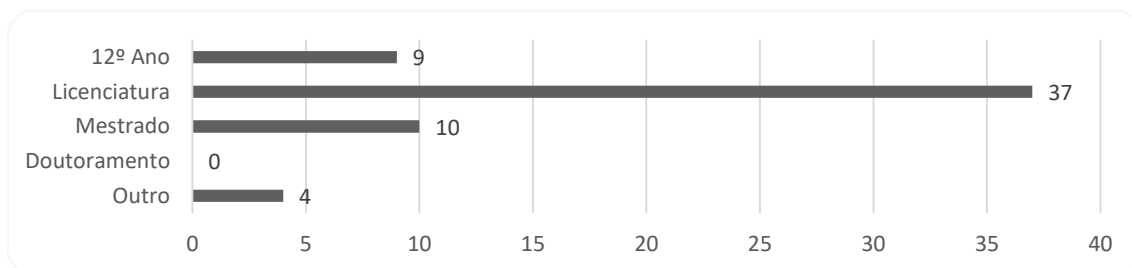


Gráfico 4 – Distribuição da amostra por Habilitações Literárias.

Analisando a distribuição da amostra por Tempo de Serviço na Unidade de Saúde em Estudo, verificamos que 10% da mesma tem “Menos de 1 ano” de serviço, seguida de “De 1 a 3 anos”, com 11,67% de respostas, “mais de 6 anos” com 35% de respostas, sendo que a maior percentagem se encontra no período compreendido entre os 4 a 6 anos de Tempo de Serviço (43,33%) (Gráfico 5).

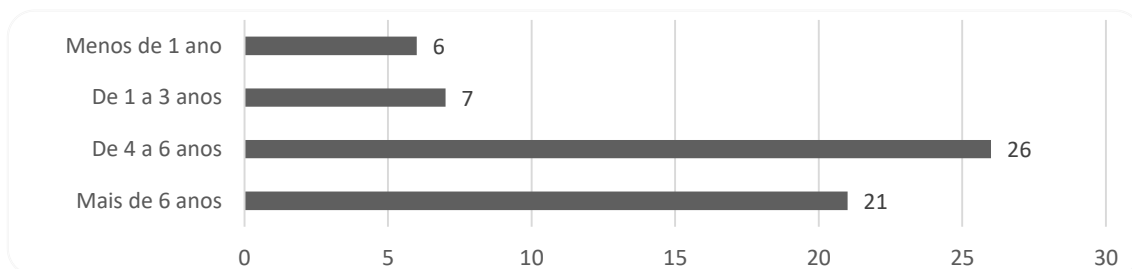


Gráfico 5 – Distribuição da amostra por Tempo de Serviço na Unidade de Saúde em Estudo.

4.2.2. Resultados relativos aos objetivos do estudo

- **Conhecimento acerca da existência da plataforma para a notificação de incidentes.**

Relativamente ao conhecimento acerca da existência da plataforma para a notificação de incidentes, 49 indivíduos referem conhecer a mesma (81,67%), sendo que 11 (18,33%) desconhece a sua existência, conforme demonstrado no gráfico 6, sendo que a distribuição do conhecimento da existência da plataforma, por categoria profissional é apresentada na tabela 4.



Gráfico 6 – Conhecimento acerca da existência da plataforma para a notificação de incidentes.

	Conhece		Não conhece		Total	
	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.
AAM	16,67	10,00	0,00	0,00	16,67	10,00
TSDT	8,33	5,00	0,00	0,00	8,33	5,00
Enfermeiros	36,67	22,00	0,00	0,00	36,67	22,00
Médicos	13,33	8,00	11,67	7,00	25,00	15,00
Administrativos	6,67	4,00	6,67	4,00	13,33	8,00
Total	81,67	49,00	18,33	11,00	100,00	60,00

Tabela 4 – Distribuição do conhecimento acerca da existência da plataforma Her+, por categoria profissional.

Legenda: Freq.- Frequência; AAM – Auxiliar de Ação Médica; TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica.

Após análise da mesma, temos que, os 11 indivíduos que desconhecem a plataforma Her+ dizem respeito às categorias profissionais Médico e Administrativo.

- **Utilização da plataforma para a notificação de incidentes.**

Na questão seguinte, procurou-se compreender quais os indivíduos que, apesar de conhecerem a referida plataforma, já recorreram à mesma. Dos 49 indivíduos que a conhecem, 28 (57,1%) relata que já recorreu à plataforma após a verificação de um incidente, sendo que 21 (42,9%) indica nunca ter recorrido (Gráfico 7).

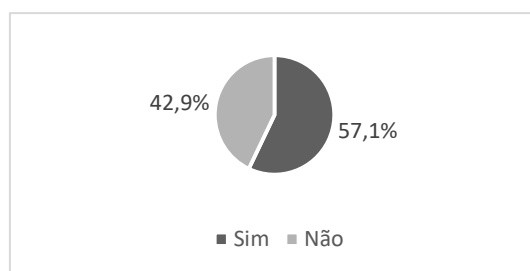


Gráfico 7 – Utilização da plataforma para a notificação de incidentes.

- **Frequência de utilização da plataforma para a notificação de incidentes.**

Os indivíduos que responderam de forma afirmativa quanto à utilização da plataforma para a notificação de incidentes foram seguidamente inquiridos acerca da frequência de utilização da mesma. Os resultados obtidos foram que 4 indivíduos (14,3%) referem utilizar a plataforma de forma frequente; 18 (64,3%) afirmam já ter recorrido à plataforma mais do que uma vez, mas que não o fazem de forma frequente; sendo que 6 (21,4%) afirmam ter recorrido à plataforma apenas uma vez (Gráfico 8).

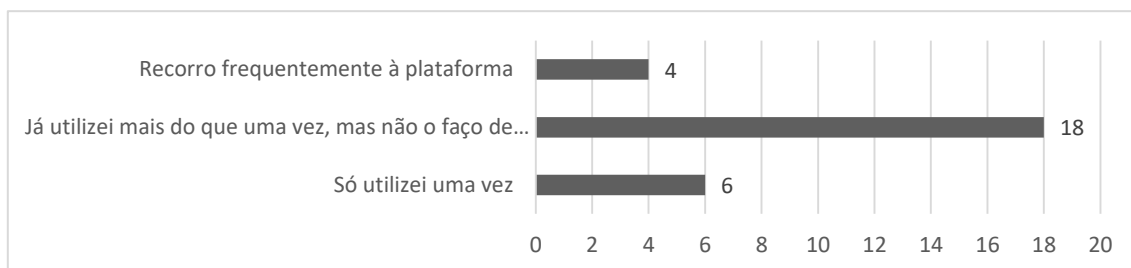


Gráfico 8 – Frequência de utilização da plataforma para a notificação de incidentes.

- **Causas para a não utilização, ou utilização menos frequente da plataforma de notificação de incidentes.**

Algumas opções para a não utilização, ou para uma utilização pouco frequente da plataforma foram seguidamente apresentadas, estando disponível a seleção de mais de uma opção, as respostas que se obtiveram foram as seguintes (Gráfico 9):

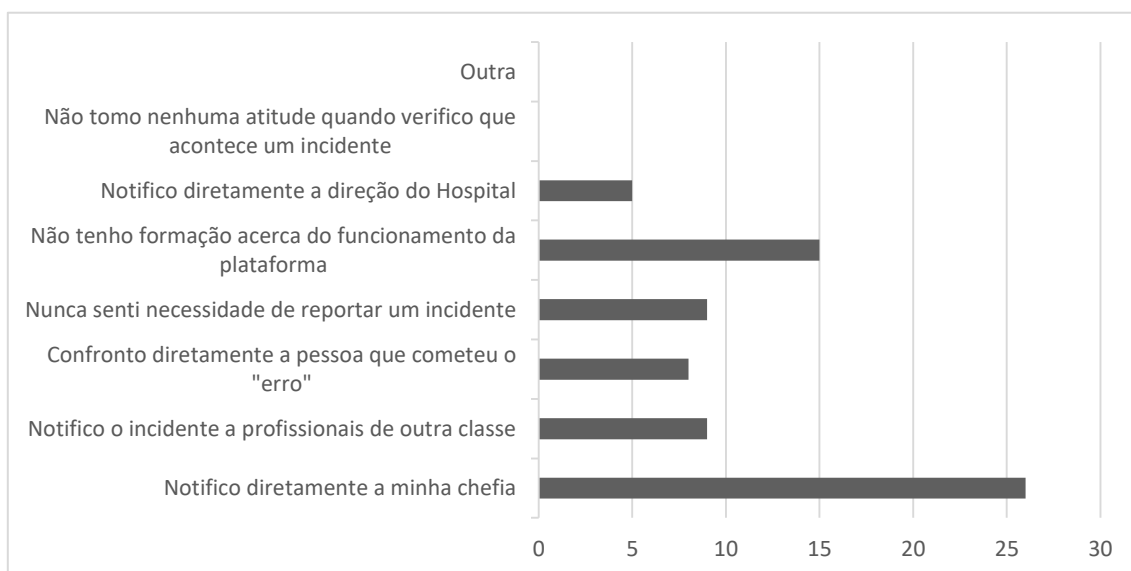


Gráfico 9 – Causas para a não utilização, ou utilização menos frequente da plataforma de notificação de incidentes.

Após a análise do Gráfico 9, retiraram-se conclusões acerca das causas para a não utilização da plataforma, ou para uma utilização menos frequente da mesma, organizando-se de seguida por ordem crescente do número de respostas:

- “Notifico diretamente a minha chefia” - 26 respostas;
- “Não tenho formação acerca do funcionamento da plataforma” - 15 respostas;
- “Nunca senti necessidade de reportar um incidente” – 9 respostas;
- “Notifico o incidente a profissionais de outra classe” – 9 respostas;
- “Confronto diretamente a pessoa que cometeu o “erro”” - 8 respostas;
- “Notifico diretamente a direção do hospital” - 5 respostas;
- “Não tomo nenhuma atitude quando verifico que acontece um incidente” – 0 respostas;
- “Outra” – 0 respostas.

De seguida foi investigada a importância que a amostra dá à notificação de incidentes de um modo geral, e de uma forma mais específica relativamente ao papel que a mesma assume na instituição onde desempenham funções, assim como a sua perceção face ao desempenho da gestão do risco clínico dessa mesma instituição. Para esse feito, foram colocadas 7 questões de resposta através de uma escala linear, sendo o peso que cada uma apresenta para o indivíduo em estudo, mensurável através de uma escala de *Likert* num contínuo de cinco opções, que vão do “discordo totalmente” até ao “concordo totalmente”, e do “não é importante” ao “muito importante” às quais serão atribuídas pontuações de 1 a 5 pontos.

• **Considera importante a notificação de incidentes?**

Na observação às repostas a esta questão, conforme representado no Gráfico 10, salienta-se que nenhum dos indivíduos que constitui a amostra refere a notificação de incidentes como não sendo importante. É ainda de referir que 44 dos inquiridos (73,3%) indica a notificação de incidentes como sendo “importante” ou “muito importante”.

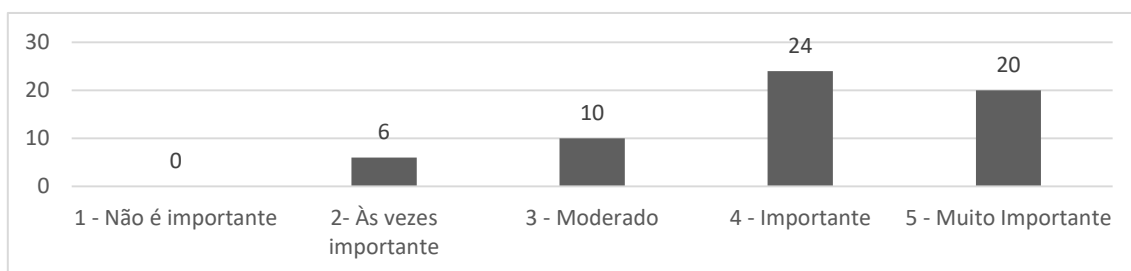


Gráfico 10 – Considera importante a notificação de incidentes?

- **Na instituição onde trabalho, notificar incidentes não origina ações ou alterações que previnam a sua reincidência.**

Através da análise do Gráfico 11, verificamos que 56,67% da amostra (34 indivíduos) discorda da afirmação apresentada, sendo a opção mais selecionada “discordo parcialmente” com 19 respostas (31,67%). No polo oposto 9 indivíduos (15% da amostra) referido que concordam com a mesma. 28,33% da amostra (17 indivíduos) não assume uma opinião acerca desta temática.

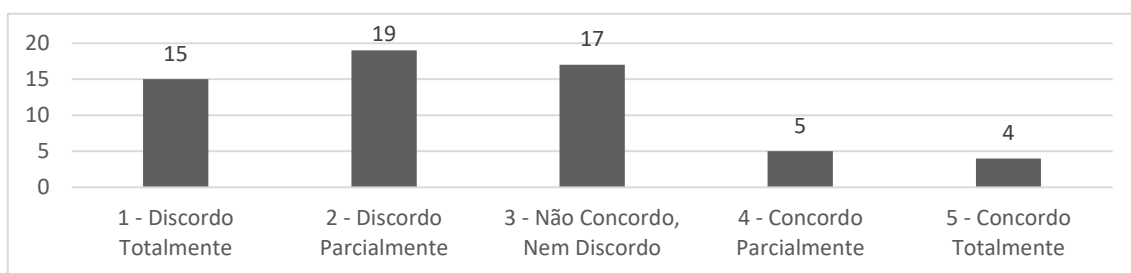


Gráfico 11 – Na instituição onde trabalho, notificar incidentes não origina ações ou alterações que previnam a sua reincidência.

- **Na Instituição onde trabalho, a notificação de incidentes viabiliza a alteração de comportamentos, procedimentos e/ou circuitos, que futuramente possam dar origem a novos incidentes.**

Após estudar as respostas a esta questão, distribuídas no Gráfico 12, temos 53,33% da amostra a concordar com a afirmação (32 indivíduos), contra 11,67% (7 indivíduos) que discordam da mesma. Refere-se uma neutralidade de 35%, ou seja, 21 indivíduos que não concordam, nem discordam. A maior taxa de resposta diz respeito à opção “concordo parcialmente”, com 22 respostas (36,67%).

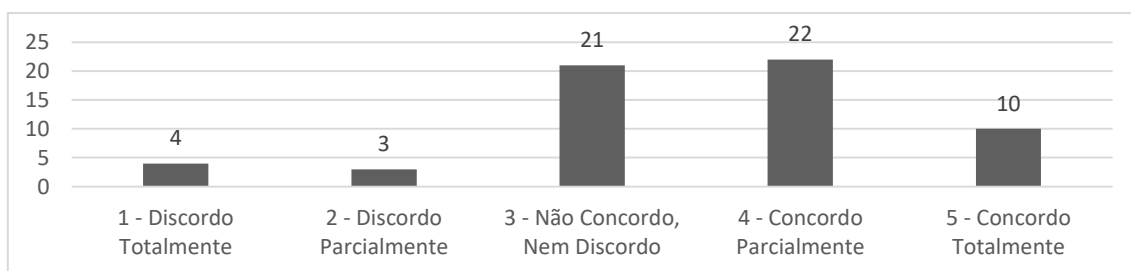


Gráfico 12 – Na Instituição onde trabalho, a notificação de incidentes viabiliza a alteração de comportamentos, procedimentos e/ou circuitos, que futuramente possam dar origem a novos incidentes.

- **De um modo geral, notificar incidentes permite conhecer quais as suas causas e o impacto dos mesmos, promovendo deste modo práticas seguras.**

Abordando a questão da importância da notificação de incidentes, mais especificamente no que respeita ao papel que apresenta na promoção de práticas seguras, de uma forma geral, não especificando neste caso a Unidade de Saúde em estudo, temos uma esmagadora maioria de indivíduos a concordar com a afirmação apresentada no gráfico 13, constituindo 90% da amostra (54 indivíduos), ao passo que apenas 2 indivíduos não concordam com a mesma (3,33%), e 4 apresentam uma opinião de carácter neutro (6,67%). O maior número de respostas recai sobre a opção “concordo totalmente”, com 31 indivíduos a seleccionar esta opção, constituindo 51,67% da amostra.

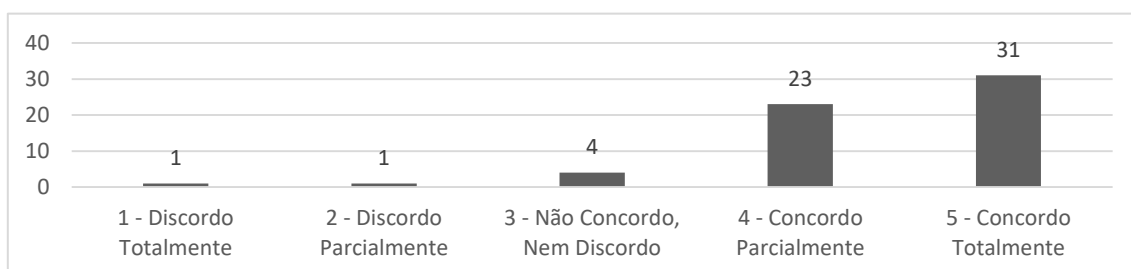


Gráfico 13 – De um modo geral, notificar incidentes permite conhecer quais as suas causas e o impacto dos mesmos, promovendo deste modo práticas seguras.

- **Genericamente, notificar incidentes contribui para um aumento da cultura de segurança organizacional.**

Com esta afirmação pretende-se medir de um modo geral, não especificando a realidade da Unidade de Saúde em estudo, o impacto que a notificação de incidentes têm no aumento da cultura de segurança organizacional. Em 93,33% das respostas obtidas (56 indivíduos), a amostra concorda com a afirmação apresentada, sendo que o maior número de respostas conseguido diz respeito à opção “concordo totalmente” com uma taxa de 55%, 33 respostas. 1 indivíduo, que representa 1,67% da amostra, discorda da mesma, como explicitado no Gráfico 14. No que respeita à neutralidade de opinião, temos 3 indivíduos que não concordam, nem discordam (5%). Não se verificaram respostas na opção “discordo totalmente”.

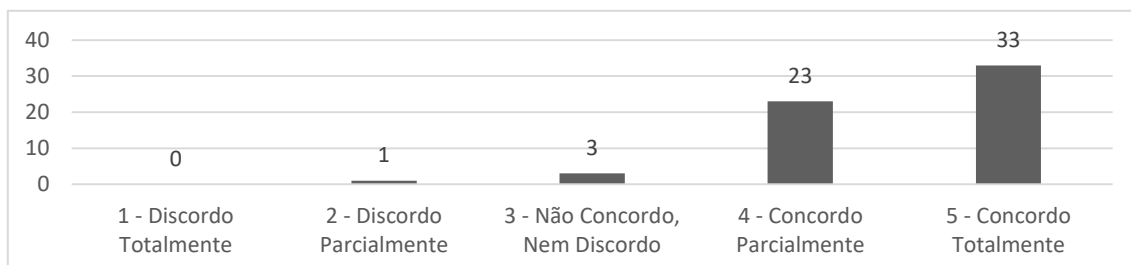


Gráfico 14 - Genericamente, notificar incidentes contribui para um aumento da cultura de segurança organizacional.

- **As organizações devem adquirir uma postura de preocupação com a segurança e uma cultura de aprendizagem contínua, evidenciando a importância da declaração sistemática de incidentes.**

Nas respostas obtidas relativamente à postura de preocupação com a segurança e uma cultura de aprendizagem contínua, evidenciando a importância da declaração sistemática de incidentes que as organizações devem adquirir, verificamos que 96,67% da amostra (58 indivíduos) concorda com a afirmação (Gráfico 15), sendo que a grande maioria das respostas recai no “concordo totalmente” com 42 indivíduos a selecionar esta opção (70%). Não se obtiveram respostas de discordância em relação à mesma. Apenas 2 indivíduos, que representam 3,33% da amostra não apresenta opinião em relação a esta dimensão.

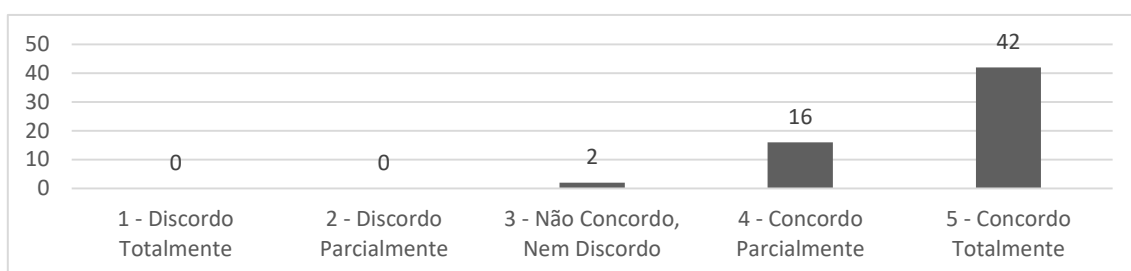


Gráfico 15 - As organizações devem adquirir uma postura de preocupação com a segurança e uma cultura de aprendizagem contínua, evidenciando a importância da declaração sistemática de incidentes.

- **A ocultação do erro corresponde a uma perda de oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento.**

A afirmação que se apresentou “A ocultação do erro corresponde a uma perda de oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento” (Gráfico 16), obteve uma concordância generalizada de 96,67% (58 indivíduos), salientando que a maioria das respostas recai no “Concordo Totalmente”, com 45 respostas (75%). Apenas 1 indivíduo discordou da afirmação apresentada (1,67%), tendo outro indivíduo não concordado, nem discordado da mesma (1,67%). Não se verificaram respostas na opção “discordo totalmente”.

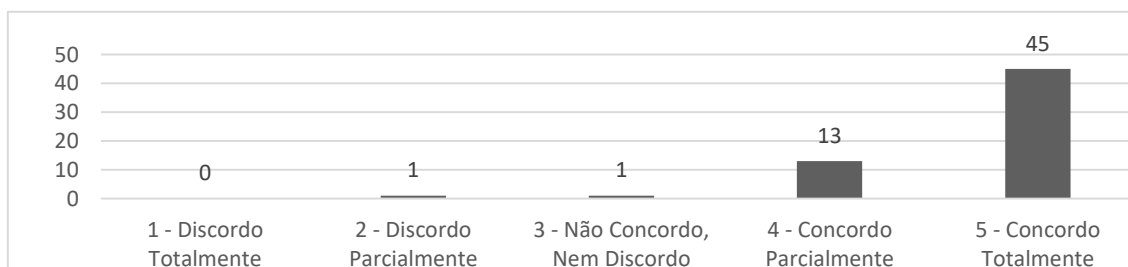


Gráfico 16 - A ocultação do erro corresponde a uma perda de oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento.

De forma a analisar a eficácia na resolução dos problemas apresentados através da notificação de incidentes e o desempenho da gestão do risco clínico na sua instituição, foram apresentadas 3 afirmações mensuráveis através de uma escala linear, sendo o peso que cada uma apresenta para o indivíduo em estudo, mensurável através de uma escala de *Likert* num contínuo de cinco opções, que vão do “discordo totalmente” até ao “concordo totalmente”, às quais serão atribuídas pontuações de 1 a 5 pontos. As afirmações dizem respeito a aspetos genéricos, assim como específicos em relação à Unidade de Saúde em estudo.

- **Na Instituição onde trabalho, as notificações de incidentes são resolvidas de forma objetiva e clara.**

Em resposta à objetividade e clareza com que as notificações são resolvidas, na instituição onde trabalham (Gráfico 17), obtivemos 25 respostas de concordância, constituindo 41,67% da amostra, contra 6 respostas em que as opções assinaladas foram de discordância, representando 10% da amostra em estudo. Salientam-se os 48,33% de neutralidade na resposta (29 indivíduos), que já se vinham a fazer notar em relação às questões do subcapítulo anterior, no que dizia respeito à perspetiva que os indivíduos têm face a aspetos relacionados com a instituição em que trabalham.

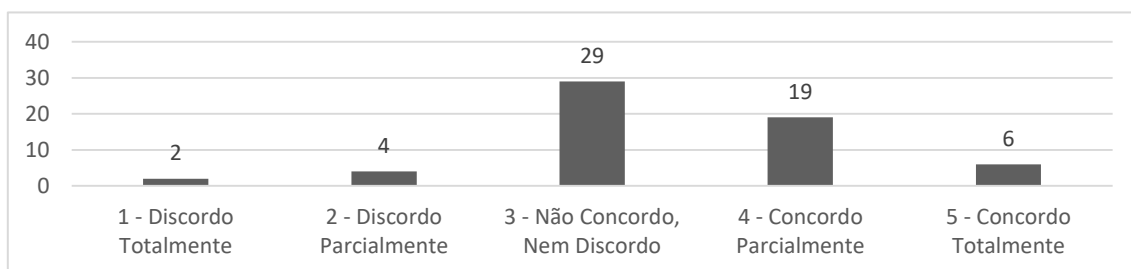


Gráfico 17 - Na Instituição onde trabalho, as notificações de incidentes são resolvidas de forma objetiva e clara.

- **Na Instituição onde trabalho, a análise da notificação de incidentes tem sempre em vista a melhoria da cultura de segurança organizacional.**

Em resposta ao propósito que a análise da notificação de incidentes assume na instituição onde trabalham (Gráfico 18), 70% da amostra concorda ser com o intuito de melhoria da cultura de segurança organizacional (42 indivíduos), onde a maior seleção recaiu sobre a opção “concordo parcialmente” com 30 respostas (50%). Por sua vez 8,33% (5 indivíduos) discordam da afirmação. Na resposta a esta afirmação verifica-se que 21,67% da amostra em estudo (13 indivíduos) “não concorda, nem discorda” da mesma, sendo a menor taxa de neutralidade verificada no que respeita à perspetiva dos indivíduos inquiridos face ao papel que a notificação de incidentes apresenta na instituição onde trabalham

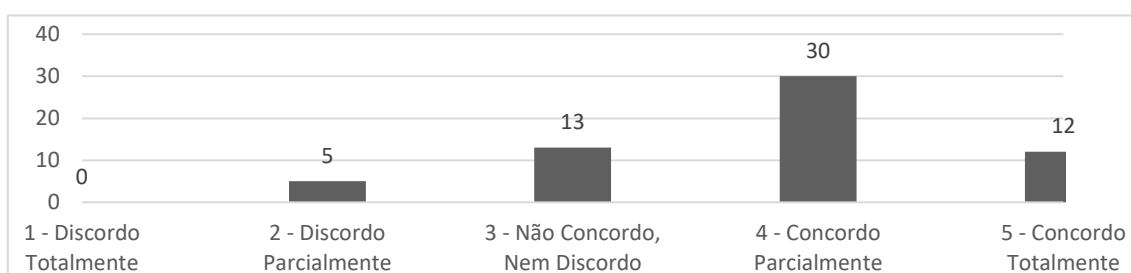


Gráfico 18 - Na Instituição onde trabalho, a análise da notificação de incidentes tem sempre em vista a melhoria da cultura de segurança organizacional.

- **Genericamente, a resposta ao risco detetado, passa pela definição e implementação de um plano de melhoria, com o objetivo de o reduzir até um nível considerado aceitável.**

A última afirmação apresentada neste subcapítulo (Gráfico 19) diz respeito a uma questão mais genérica relativamente à eficácia na resolução dos problemas apresentados através da notificação de incidentes. 75% da amostra (45 indivíduos), concorda que a resposta ao risco detetado passa por implementar um plano de melhoria, com o objetivo de reduzir esse risco até um mínimo considerado aceitável, sendo que a opção mais selecionada foi a de “concordo parcialmente” com 26 respostas (43,33%). Por sua vez 3 indivíduos (5%) discordam da mesma, sendo que 12 mantiveram uma opinião neutra em relação a esta problemática (20%).

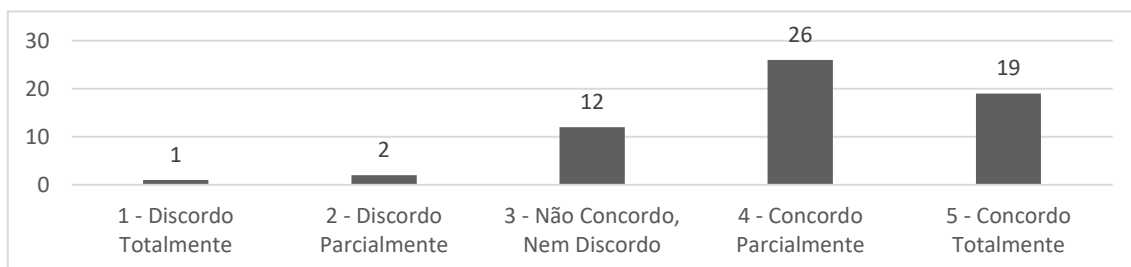


Gráfico 19 - Genericamente, a resposta ao risco detetado, passa pela definição e implementação de um plano de melhoria, com o objetivo de o reduzir até um nível considerado aceitável.

Nesta secção do questionário pretende-se compreender a perspetiva dos indivíduos face à notificação de “erros” por si cometidos. Para esse feito, foram colocadas 4 questões de resposta direta com duas opções de seleção. Primeiramente os indivíduos foram questionados relativamente a notificações realizadas por outra pessoa, acerca do seu trabalho.

- **Em algum momento, alguém realizou uma notificação acerca do seu trabalho?**

Após analisar as respostas a esta questão, como demonstrado através do Gráfico 20, temos que 16,7% da amostra (10 indivíduos) já viu um “erro” seu notificado por outra pessoa.

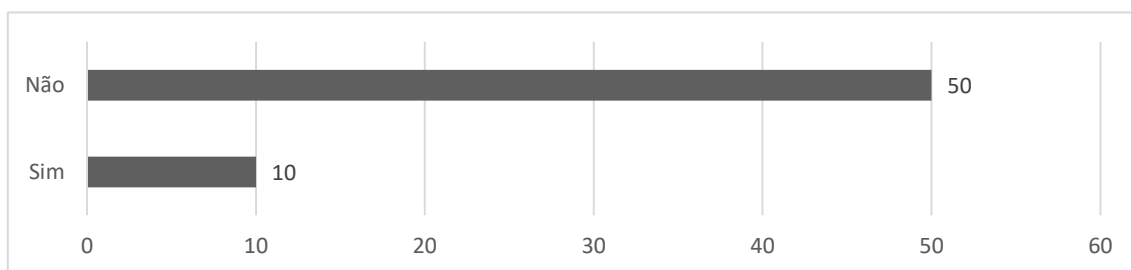


Gráfico 20 - Em algum momento, alguém realizou uma notificação acerca do seu trabalho?

- **Sentiu-se “atacado” ao terem realizado essa notificação?**

De seguida pretendeu-se analisar como se sentiram esses indivíduos face à notificação realizada. Em relação a este aspeto, as opiniões dividem-se, sendo que 50% refere que se sentiu “atacado” quando outra pessoa realizou uma notificação acerca do seu trabalho, enquanto os outros 50% não experienciaram qualquer tipo de sentimento de “ataque”, como de pode verificar através da informação exposta o gráfico 21.

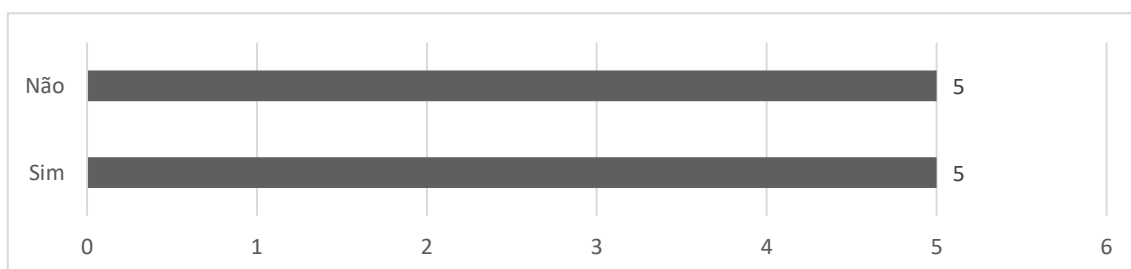


Gráfico 21 - Sentiu-se “atacado” ao terem realizado essa notificação?

- **Experienciou algum tipo de reação negativa por parte da sua chefia, na abordagem à questão?**

Quando questionados acerca da postura das chefias face à notificação realizada, apenas 2 indivíduos relataram reações negativas na abordagem à questão, constituindo 20% dos indivíduos que já viu alguém realizar uma notificação acerca do seu trabalho (Gráfico 22).

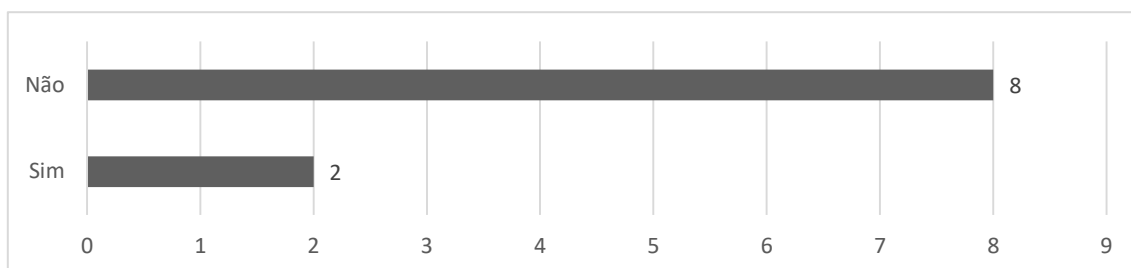


Gráfico 22 - Experienciou algum tipo de reação negativa por parte da sua chefia, na abordagem à questão?

- **Em alguma situação realizou uma notificação acerca do seu próprio trabalho?**

No que respeita à autoconsciência relativamente à notificação acerca do seu próprio trabalho, apenas 7 indivíduos assumem já o ter feito, representando 11,7% da amostra (Gráfico 23).

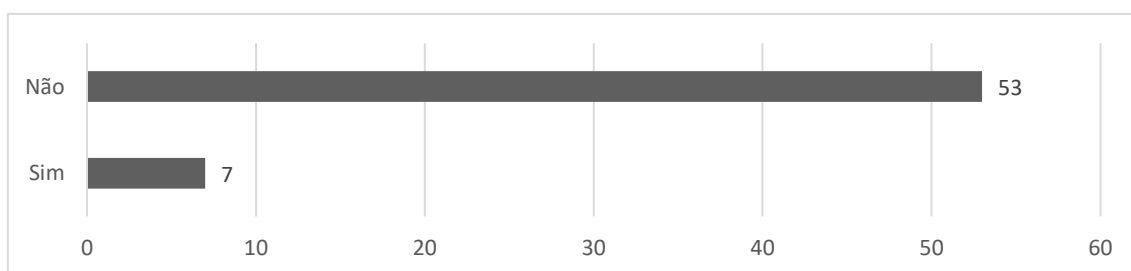


Gráfico 23 - Em alguma situação realizou uma notificação acerca do seu próprio trabalho?

De seguida proceder-se-á à análise da postura face à notificação de incidentes. Para esse feito, foram colocadas 5 questões de resposta através de uma escala linear, sendo o peso que cada uma apresenta para o indivíduo em estudo, mensurável através de uma escala de *Likert* num contínuo de cinco opções, que vão do "discordo totalmente" até ao "concordo totalmente", às quais serão atribuídas pontuações de 1 a 5 pontos.

- **Na Instituição onde trabalho, a notificação de incidentes é muitas vezes vista como um “ataque” a quem cometeu o “erro”, em vez de ser entendida como uma oportunidade de aprendizagem.**

Em resposta a esta afirmação temos 20 indivíduos que discordam da afirmação (33,33%), 21 indivíduos que por sua vez concordam com a mesma (35%), sendo a taxa de neutralidade de 31,67%.

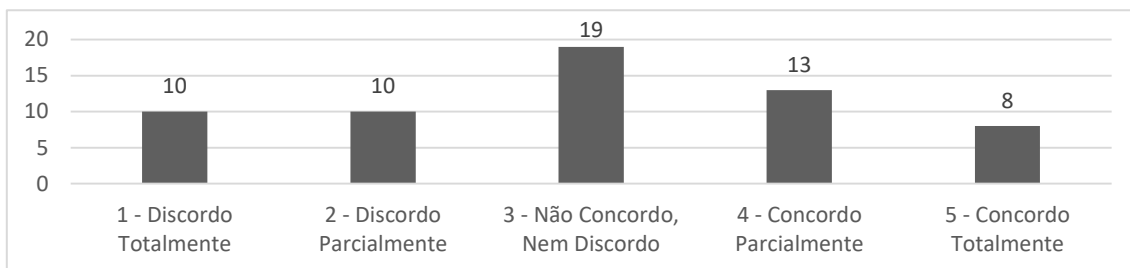


Gráfico 24 - Na Instituição onde trabalho, a notificação de incidentes é muitas vezes vista como um “ataque” a quem cometeu o “erro”, em vez de ser entendida como uma oportunidade de aprendizagem.

- **Quando realizo notificações na plataforma seleciono a opção “Anónimo”, de forma evitar ser chamado à atenção ou vir a sofrer represálias.**

Conforme se verifica através da observação à informação contida no Gráfico 25, a maioria da amostra – 31 indivíduos (51,67%), discorda da afirmação, contra 15 indivíduos que por sua vez concordam (15%). 20 Indivíduos deram uma resposta neutra, correspondendo a 33,33% da população inquirida. A maior taxa de respostas obtidas diz respeito à opção “discordo totalmente”, onde esta foi selecionada por 24 indivíduos, que constituem 40% da amostra.

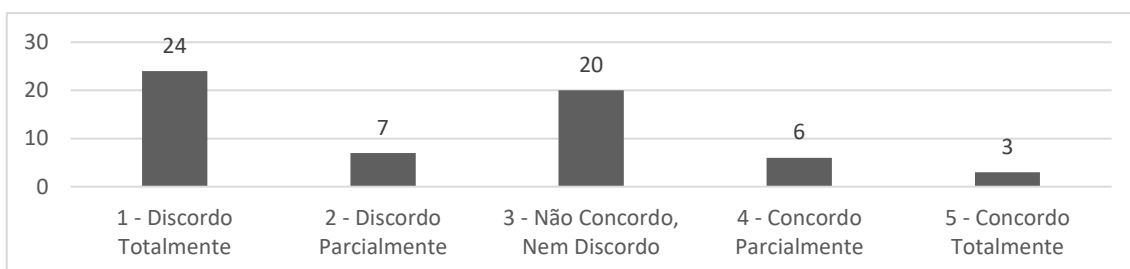


Gráfico 25 - Quando realizo notificações na plataforma seleciono a opção “Anónimo”, de forma evitar ser chamado à atenção ou vir a sofrer represálias.

- **Sinto-me culpado após realizar uma notificação acerca do trabalho de outra pessoa, pois penso poder estar a prejudicá-la.**

Observando o Gráfico 26, temos 36 indivíduos que discordam da afirmação “Sinto-me culpado após realizar uma notificação acerca do trabalho de outra pessoa, pois penso poder estar a prejudicá-la”, correspondendo a 60% da amostra em estudo, sendo a resposta que mais se verifica “discordo totalmente” correspondendo a 36,67% (22 indivíduos). A concordância em relação à referida afirmação recai sobre 16,67%, correspondendo a 10 indivíduos. A taxa de neutralidade corresponde a 23,33% da amostra.

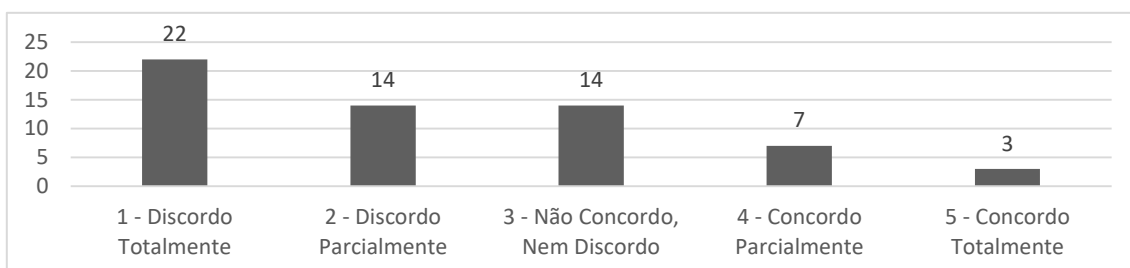


Gráfico 26 - Sinto-me culpado após realizar uma notificação acerca do trabalho de outra pessoa, pois penso poder estar a prejudicá-la.

- **Não realizo notificações acerca de “erros” por mim cometidos, porque receio que venha a afetar a minha avaliação de desempenho.**

Após análise à informação contida no Gráfico 27, apuramos que 75% da amostra discorda da afirmação (45 indivíduos), contra 6,67% que concorda com a mesma (4 indivíduos), com uma taxa de respostas neutras de 18,33%. A resposta que mais se verifica é “discordo totalmente” com 34 indivíduos a escolhê-la (56,67%).

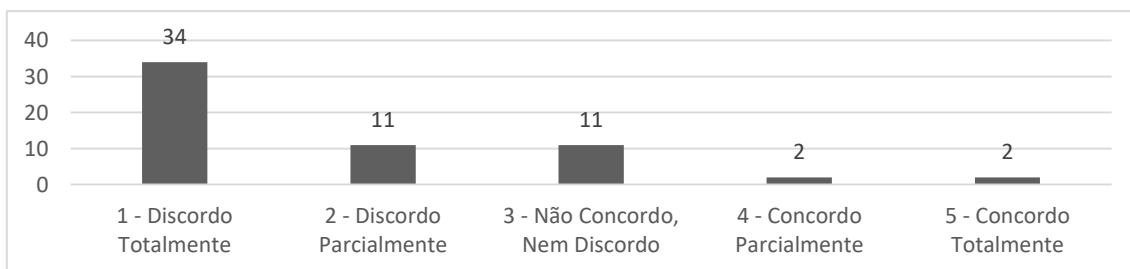


Gráfico 27 - Não realizo notificações acerca de “erros” por mim cometidos, porque receio que venha a afetar a minha avaliação de desempenho.

- **Tenho vergonha de notificar os meus “erros”.**

Esta última afirmação apresenta no Gráfico 28 uma taxa de discórdia em relação ao apresentado, contra uma taxa de neutralidade de 20%, e sem respostas em concordância com a mesma. A resposta que mais se verifica é “discordo totalmente”, com 36 indivíduos que a selecionam (60%).

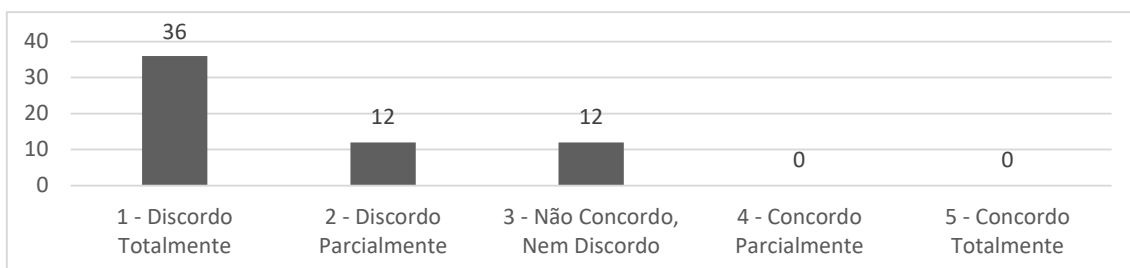


Gráfico 28 - Tenho vergonha de notificar os meus “erros”.

Pretende-se agora compreender, segundo a perspetiva dos inquiridos, um dos objetivos em estudo “Avaliar a presença de uma cultura de notificação de incidentes”. Para esse feito, foi colocada uma questão de resposta direta com duas opções de seleção.

- **Junto dos seus pares, sente que existe uma cultura presente de notificação de incidentes na plataforma Her+?**

Após analisar as respostas à questão apresentada no Gráfico 29, obteve-se um total de 43 respostas (71,67%) que discordam da mesma, contra 17 respostas (28,33%) que por sua vez concordam.

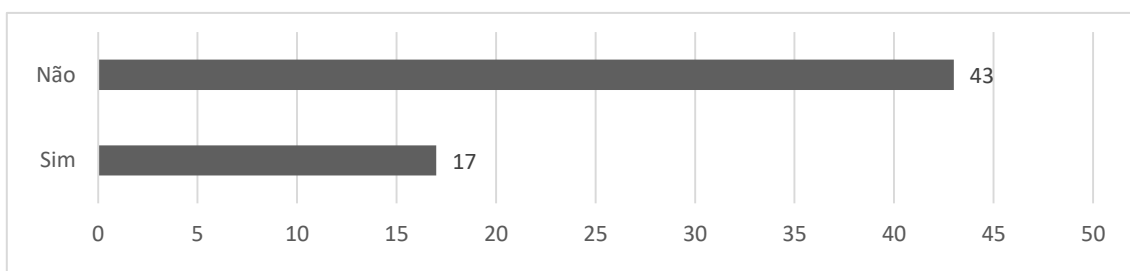


Gráfico 29 - Junto dos seus pares, sente que existe uma cultura presente de notificação de incidentes na plataforma Her+?

De seguida serão analisadas possíveis causas que foram apresentadas aos inquiridos para a não utilização/reduzida utilização da plataforma de notificação de incidentes disponibilizada pela Unidade de Saúde em estudo. Foram então colocadas 20 questões de resposta através de uma escala linear, sendo o peso que cada uma apresenta para o indivíduo em estudo, mensurável através de uma escala de *Likert* num contínuo de cinco opções, que vão do “discordo totalmente” até ao “concordo totalmente”, e do “não é importante” ao “muito importante” às quais serão atribuídas pontuações de 1 a 5 pontos.

- **Dificuldade/falha na identificação de incidentes.**

Na análise a esta variável (Gráfico 30), a maior taxa apresentada corresponde a uma resposta negativa, com uma taxa de 36,67%, com 22 indivíduos a discordarem da afirmação apresentada, seguida de uma resposta neutra (38,33%), em que 23 indivíduos respondem não concordar, nem discordar da mesma. A menor taxa verificada corresponde à da concordância com a afirmação, com 15 indivíduos (25%) a responder que concordam parcialmente com a “Dificuldade/falha na identificação de incidentes”, como possível causa para questão em estudo. Nenhum dos inquiridos assinalou a opção “concordo totalmente”.

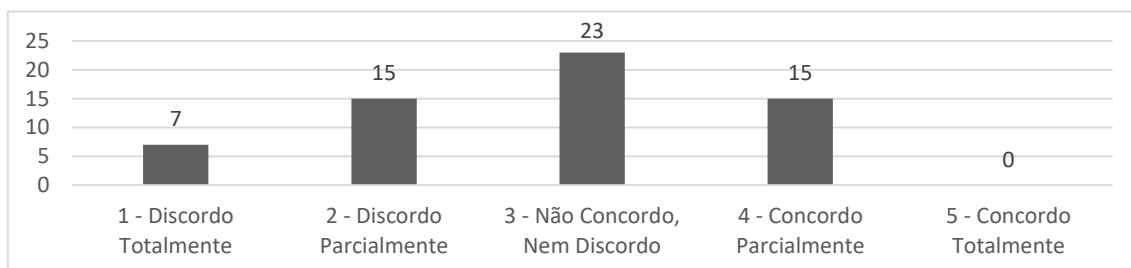


Gráfico 30 - Dificuldade/falha na identificação de incidentes.

- **Não valorização dos incidentes verificados.**

Analisando a variável apresentada no Gráfico 31, obteve-se o maior número de respostas de concordância com a afirmação, com 28 indivíduos (46,67%), a concordar com a mesma. O número de indivíduos com uma resposta neutra, também se mantém elevado, com 21 indivíduos (35%) a não concordar, nem discordar da afirmação. Apenas 11 indivíduos discordam da mesma, constituindo uma taxa de 18,33%. A resposta que mais se verifica corresponde ao “concordo parcialmente” com 38,33% - 23 respostas.

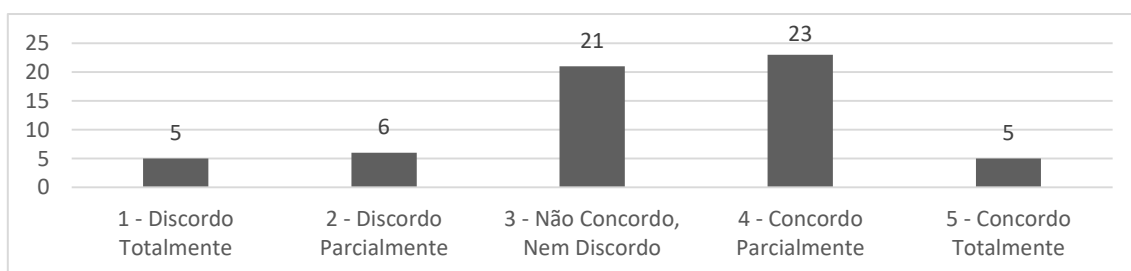


Gráfico 31 - Não valorização dos incidentes verificados.

- **Percepção errada quanto ao propósito da notificação.**

Na análise do Gráfico 32, obteve-se uma taxa de 45% de concordância com a afirmação (27 indivíduos), contra uma taxa de 13,33% de discordância (8 indivíduos) em relação à mesma. A taxa de neutralidade assume também nesta afirmação uma tendência alta, representada com 25 respostas, correspondendo a 41,67%.

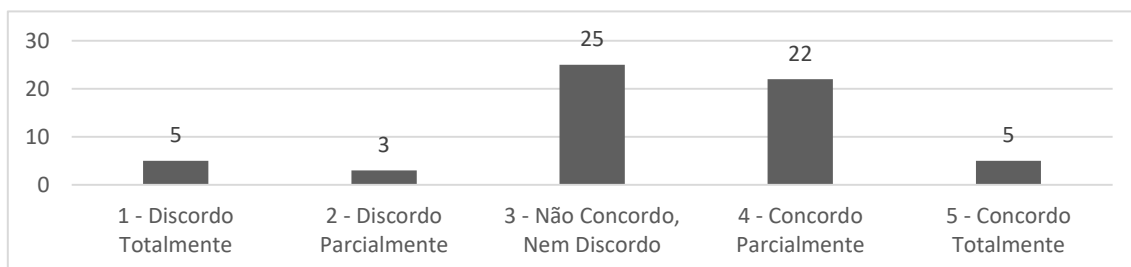


Gráfico 32 – Percepção errada quanto ao propósito da notificação.

- **Desconhecimento acerca da importância da notificação de incidentes.**

Através do estudo ao Gráfico 33, as respostas obtidas foram semelhantes quer ao nível da discordância, quer ao nível da neutralidade, apresentando ambas uma taxa de 26,67%, com 16 respostas cada uma. Destaca-se a concordância com a afirmação, onde se verifica uma taxa de 46,67%, tendo-se obtido 28 respostas neste sentido. A opção mais assinalada foi “concordo parcialmente” com 21 indivíduos a optar pela mesma (35%).

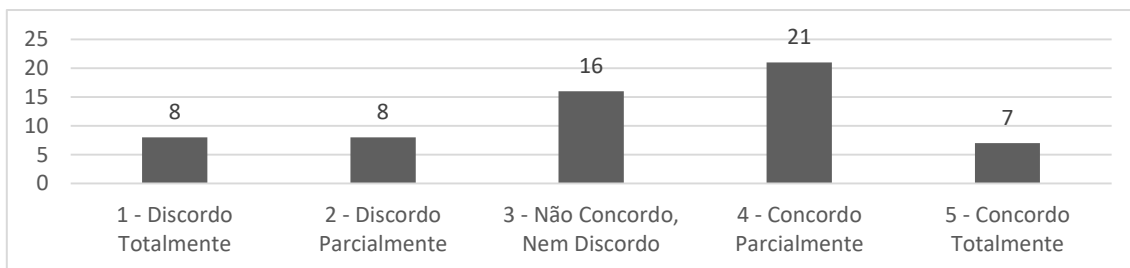


Gráfico 33 - Desconhecimento acerca da importância da notificação de incidentes.

- **Falha e demora na resposta aos problemas apresentados através da notificação.**

- As respostas a esta variável apresentam taxas semelhantes ao nível da concordância e da neutralidade, ambas com 40%, 24 respostas cada, como é possível constatar através da informação apresentada no Gráfico 34. A menor quantidade de respostas recai sobre a discordância em relação à afirmação, opção que foi selecionada por 12 indivíduos, representando uma taxa de 20%.

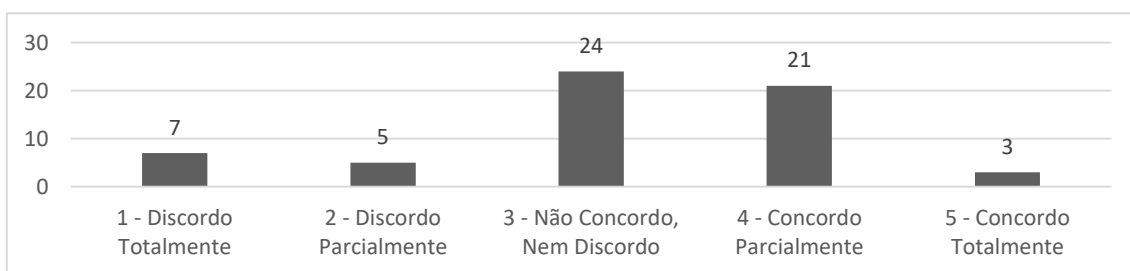


Gráfico 34 - Falha e demora na resposta aos problemas apresentados através da notificação.

- **Falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada.**

Após observar as respostas obtidas à afirmação, atestamos através da informação revelada no Gráfico 35, que os valores que mais se verificaram correspondem à resposta neutra “não concordo, nem discordo”, onde se obteve uma taxa de 41,67% (25 respostas). Atrás desta segue a taxa de concordância, com 23 respostas, constituindo 38,33%, seguida da taxa de discordância, correspondente a 20%, com um total de 12 respostas.

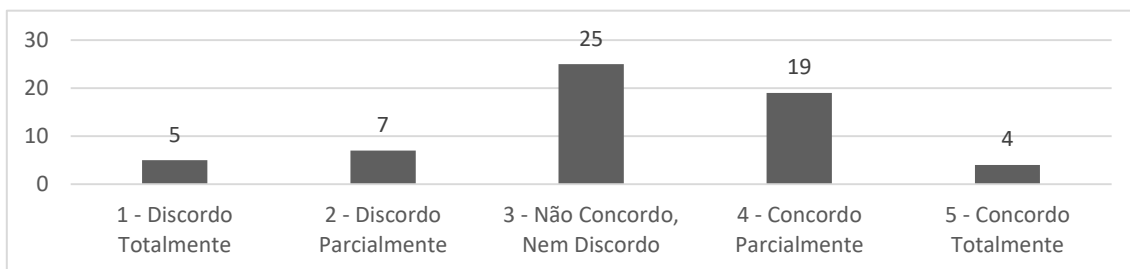


Gráfico 35 - Falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada.

- **Ceticismo acerca da utilidade das notificações.**

Examinando as respostas apresentadas no Gráfico 36, verifica-se que a maioria da amostra, 32 indivíduos, concorda com a afirmação, assumindo uma taxa de 53,33%. Seguem-se as respostas de caráter neutro, com 23 indivíduos a selecionar a opção “não concordo, nem discordo”, constituindo uma taxa de 38,33%. Por sua vez, a minoria das respostas recaiu sobre a discordância em relação à afirmação, observando-se 5 respostas (8,33%), sendo que apenas 1 indivíduo selecionou a opção “discordo totalmente” (1,67%).

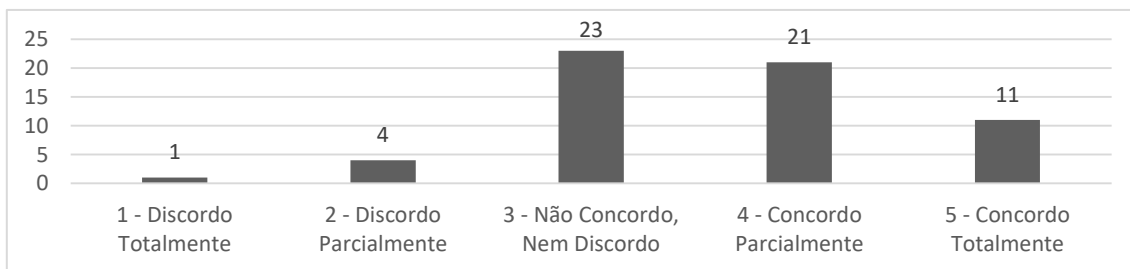


Gráfico 36 - Ceticismo acerca da utilidade das notificações.

- **Desacreditação acerca de mudanças no sistema.**

Após analisar as respostas, conforme se pode verificar através da informação contida no Gráfico 37, o menor valor apresentado corresponde à discordância com a afirmação, onde esta opção foi selecionada por 5 indivíduos (8,33%), com 2 indivíduos (3,33%) a selecionarem a opção “discordo totalmente”. A neutralidade assume um papel central nesta análise, onde se verificam 19 respostas (31,67%), destacando-se a concordância com a afirmação, que apresenta 36 respostas, correspondendo a uma taxa de 60%. A opção que mais se confirma diz respeito à opção “concordo parcialmente”, com 32 indivíduos a selecioná-la (53,33%).

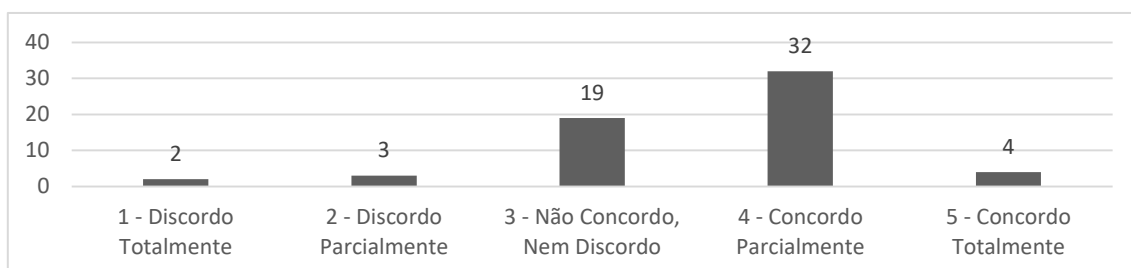


Gráfico 37 - Desacreditação acerca de mudanças no sistema.

- **Processo de notificação longo.**

Na informação apresentada no Gráfico 38, 48,33% das respostas dizem respeito a uma atitude de caráter neutro, com 29 indivíduos a responder “não concordo, nem discordo”. A discordância em relação à afirmação é constituída por uma taxa de 18,33%, correspondendo a 11 respostas. No que respeita à concordância esta assume uma taxa de 33,33%, com 20 respostas.

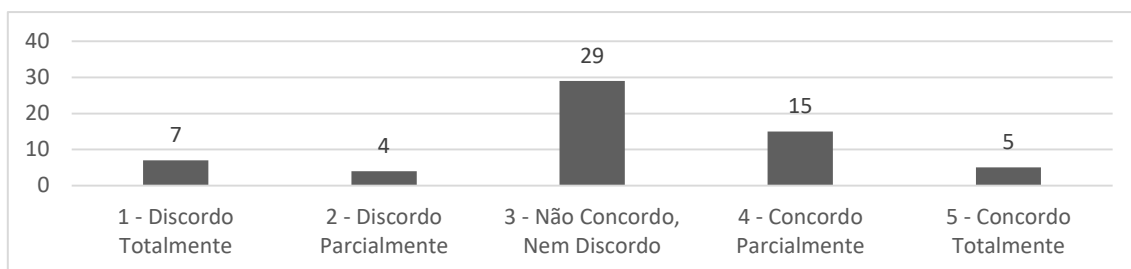


Gráfico 38 - Processo de notificação longo.

- **Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais.**

Após avaliação da informação contida no Gráfico 39, averigua-se que a maior taxa de resposta recai sobre a concordância com a afirmação, sendo esta de 41,67%, onde se obtiveram 25 respostas. Segue-se a resposta de discordância, com 19 respostas (31,67%), seguida da resposta de carácter neutro, onde se obtiveram 16 respostas (26,67%). A maior taxa corresponde à resposta “concordo parcialmente”, sendo esta de 36,67%, onde tivemos 22 indivíduos a seleccionar esta opção.

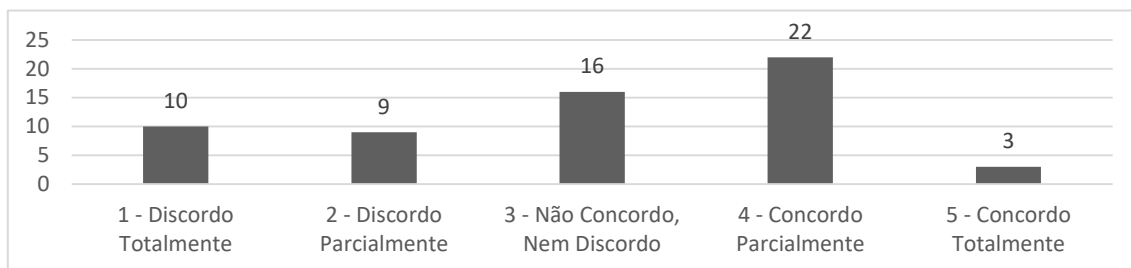


Gráfico 39 - Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais.

- **Noção de estar a prejudicar alguém.**

Após analisar a informação do Gráfico 40, verifica-se que a maior percentagem de respostas acerca da análise à afirmação recai na opção de carácter neutro, onde se apura uma taxa de 38,33%, com 23 respostas. Os valores que se seguem a estes dizem respeito à concordância com a afirmação, sendo estes de 36,67%, onde se obtiveram 22 respostas. Por último, temos as respostas que correspondem à discordância em relação à afirmação apresentada, mostrando 15 respostas, o que corresponde a uma taxa de 25%.

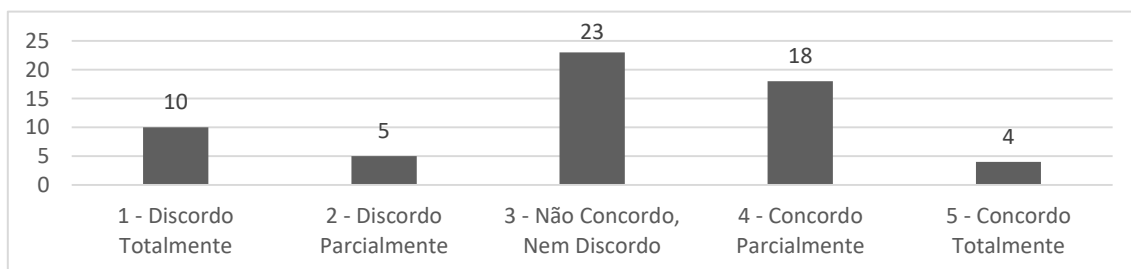


Gráfico 40 - Noção de estar a prejudicar alguém.

- **Postura negativa por parte das chefias face à notificação de incidentes.**

Após analisar a informação contida no gráfico 41, verifica-se uma taxa de respostas de discordância que se destaca, constituindo 45% das respostas (27). Segue-se a opção de caráter neutro com 33,33% de taxa de resposta (20), e por fim a concordância com a afirmação, com 13 respostas, constituindo 21,67% das respostas.

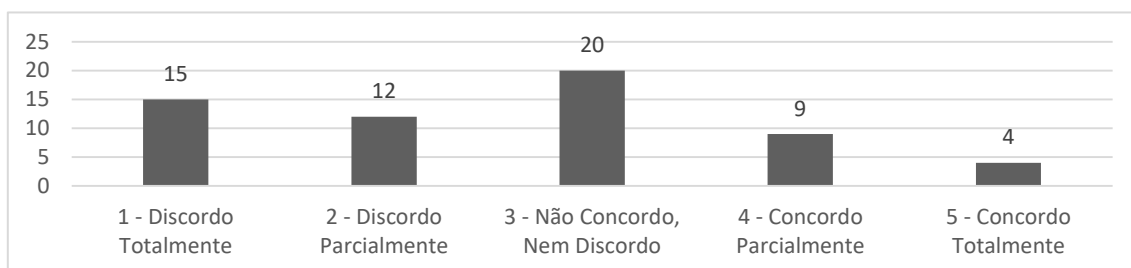


Gráfico 41 - Postura negativa por parte das chefias face à notificação de incidentes.

- **Incitação por parte das chefias para a não realização de notificações.**

Segundo a distribuição de respostas observada através do Gráfico 42, a esmagadora maioria discordou da afirmação com 34 respostas (56,67%). Quanto à percentagem de respostas que concordam com a mesma, obtivemos apenas 7, correspondendo a uma taxa de 11,67%. Por sua vez as respostas de caráter neutro constituíram uma taxa de 31,67%, com 19 indivíduos a selecionar a opção “não concordo, nem discordo”.

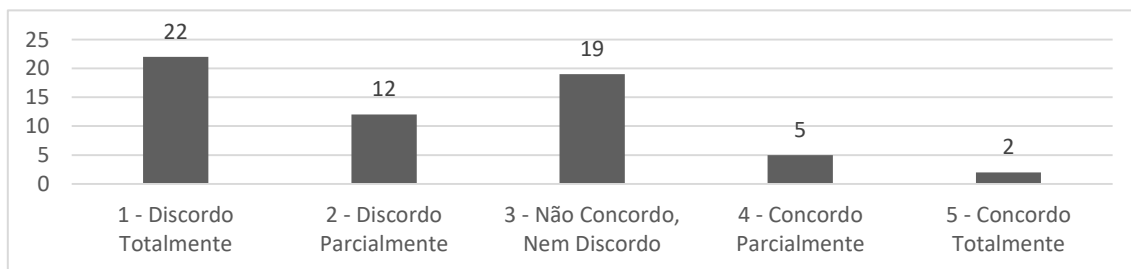


Gráfico 42 - Incitação por parte das chefias para a não realização de notificações.

- **Falta de tempo para a realização de notificações na plataforma Her+, durante o horário de trabalho.**

A informação apresentada no Gráfico 43 demonstra que 29 indivíduos (48,33%) referem que a falta de tempo durante o horário de trabalho é uma explicação possível para a não realização de notificações de incidentes na plataforma. A percentagem que se segue corresponde à resposta de caráter neutro, com 20 indivíduos a assinalar esta opção, constituindo uma taxa de 33,33%. Apenas 11 indivíduos discordam da afirmação (18,33%).

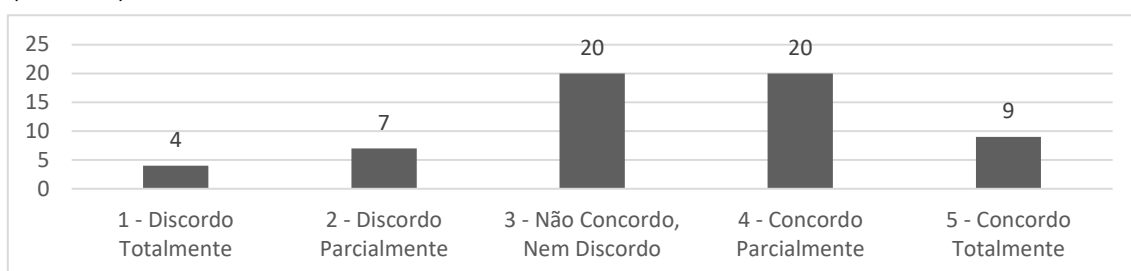


Gráfico 43 - Falta de tempo para a realização de notificações na plataforma Her+, durante o horário de trabalho.

- **Esquecimento.**

Quando analisada a informação contida no Gráfico 44, verificamos que as opiniões não são unânimes, podendo mesmo dizer que a taxa de resposta é igual quer na discordância, quer na neutralidade, quer na concordância, onde de obtiveram exatamente 20 respostas em cada categoria (33,33%). A única forma de diferenciar as respostas será na verificação dos polos da escala. Sendo que na opção “discordo totalmente” foram apresentadas 12 repostas (20%), enquanto no polo contrário se obtiveram 5 respostas com total concordância (8,33%).

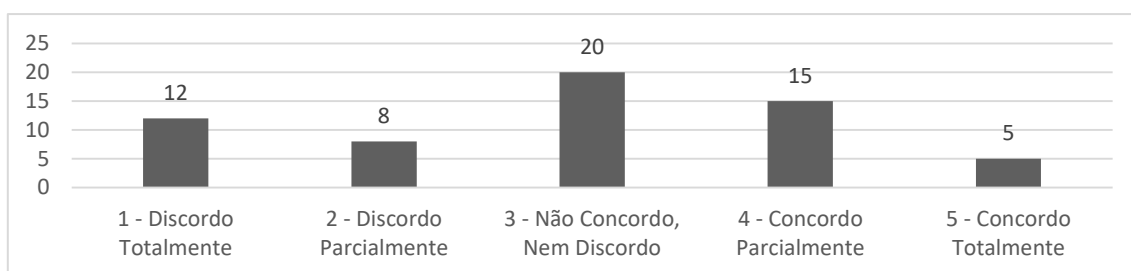


Gráfico 44 - Esquecimento.

- **Falta de motivação.**

No seguimento da análise, e examinando as respostas contidas no Gráfico 45, obteve-se a maioria de respostas na concordância, com 29 indivíduos a selecionar esta opção, representando uma taxa de 48,33%, onde se verifica a maior taxa de resposta, correspondendo esta à opção “concordo parcialmente”, com 23 indivíduos a selecioná-la (38,33%). A discordância recaiu sobre 13 respostas, constituindo uma taxa de 21,67%. As respostas de carácter neutro correspondem a 30% (18 respostas).

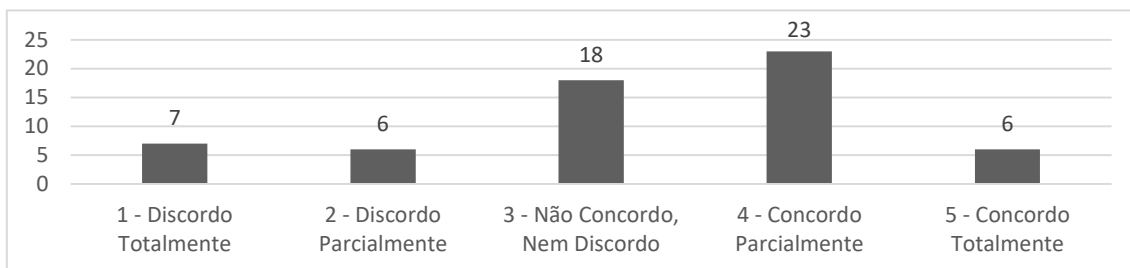


Gráfico 45 - Falta de motivação.

- **Desconhecimento acerca da existência da plataforma Her+.**

No que respeita à variável observada através da análise do Gráfico 46, as respostas que se obtiveram foram semelhantes ao nível da concordância e discordância, com 23 respostas cada, constituindo uma taxa de 38,33% para ambas, sendo que a única forma de diferenciar os resultados será através da observação dos polos, onde temos 11 respostas relativas à opção “concordo totalmente” (18,33%), e no polo oposto 9 respostas no que respeita à opção “discordo totalmente” (15%). As respostas neutras correspondem a 23,33%, com 14 respostas.

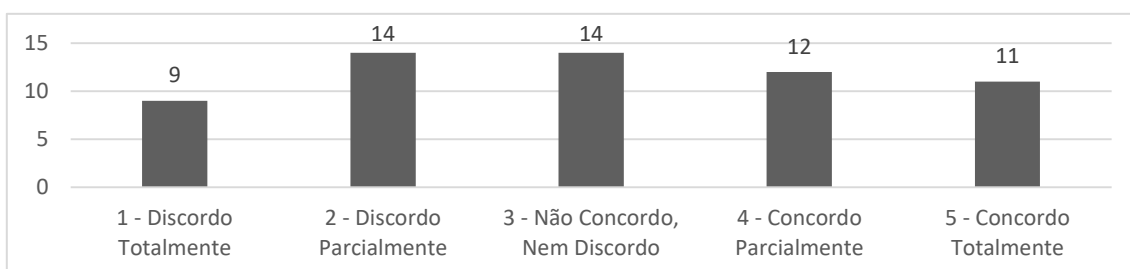


Gráfico 46 – Desconhecimento acerca da existência da plataforma Her+.

- **Carência de formação acerca da utilização da plataforma Her+.**

As respostas apresentadas no Gráfico 47 permitem entender identificar uma taxa de discordância em relação à afirmação de 25%, onde se obtiveram 15 respostas. Nas respostas de carácter neutro obtiveram-se 18 respostas, constituindo uma taxa de 30%, sendo que a maioria das respostas obtidas dizem respeito à concordância com a afirmação, onde se verificam 27 respostas, resultando numa taxa de 45%.

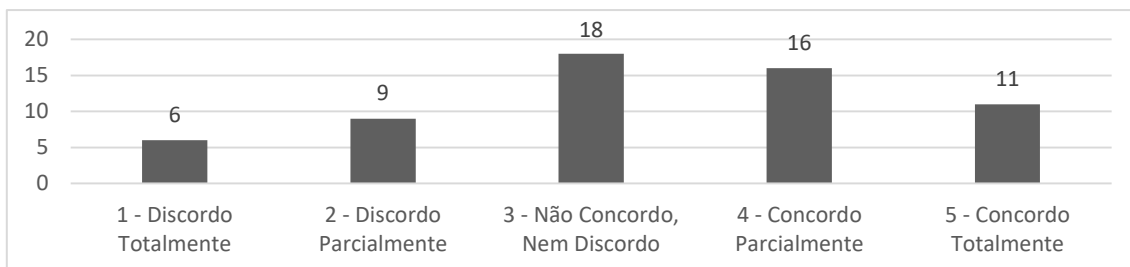


Gráfico 47 - Carência de formação acerca da utilização da plataforma Her+.

- **Dificuldade de acesso ao sistema informático.**

Na análise à afirmação, segundo as respostas ilustradas no Gráfico 48, obtiveram-se 26 respostas em que a amostra discorda da afirmação (43,33%), contra 12 respostas de concordância com a mesma (20%). As respostas de carácter neutro dizem respeito a 36,67% das mesmas, com 22 indivíduos a seleccionar a opção “não concordo, nem discordo”.

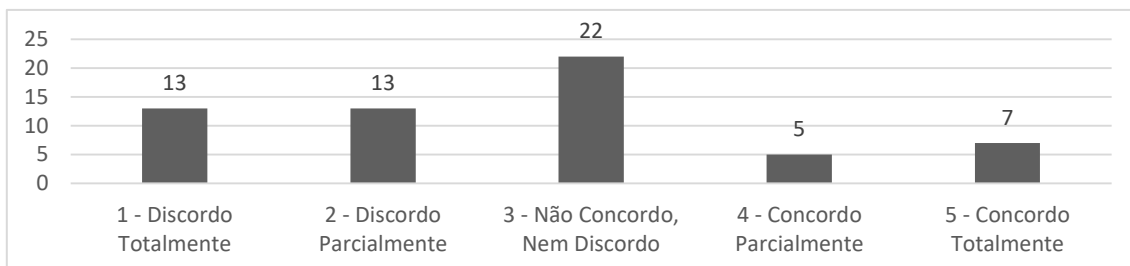


Gráfico 48 - Dificuldade de acesso ao sistema informático.

- **Utilização de outras formas de notificação de incidentes.**

O Gráfico 49 diz respeito às respostas em relação última variável deste subcapítulo. 20 Indivíduos concordam com a afirmação, constituindo uma taxa de 33,33%. No polo oposto temos 15 indivíduos que discordam da mesma (25%). As respostas neutras correspondem a 41,67%, com 25 seleções.

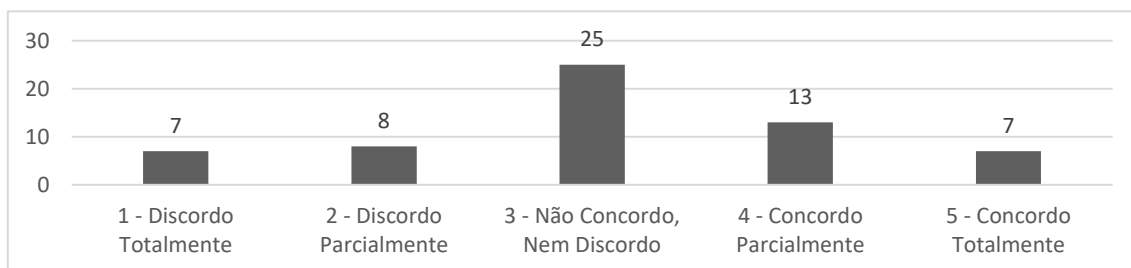


Gráfico 49 - Utilização de outras formas de notificação de incidentes.

Após analisar as possíveis causas para a não utilização/reduzida utilização da plataforma de notificação de incidentes, analisaram-se segundo a perspectiva da amostra, sugestões/ações de melhoria que poderiam/deveriam surgir a nível Institucional, de forma a promover uma notificação de incidentes mais frequente.

Para esse feito, foram colocadas 10 questões de resposta através de uma escala linear, sendo o peso que cada uma apresenta para o indivíduo em estudo, mensurável através de uma escala de *Likert* num contínuo de cinco opções, que vão do “discordo totalmente” até ao “concordo totalmente”, e do “não é importante” ao “muito importante” às quais serão atribuídas pontuações de 1 a 5 pontos.

- **Divulgação da existência da plataforma Her+ junto de todos os colaboradores.**

Através da observação da informação contida no Gráfico 50, podemos verificar que a concordância com a afirmação assume uma maioria nas respostas obtidas (49 respostas), com uma taxa de 81,67%, sendo a opção “concordo totalmente” a mais selecionada, com 51,67%, correspondendo a 31 respostas. Segue-se a esta a opção de carácter neutro, onde se obtiveram 6 respostas (10%), e por fim a discordância em relação à mesma, com uma taxa de 8,33%, com 5 respostas, salientando-se que apenas 1 indivíduo selecionou a opção “discordo totalmente” (1,67%).

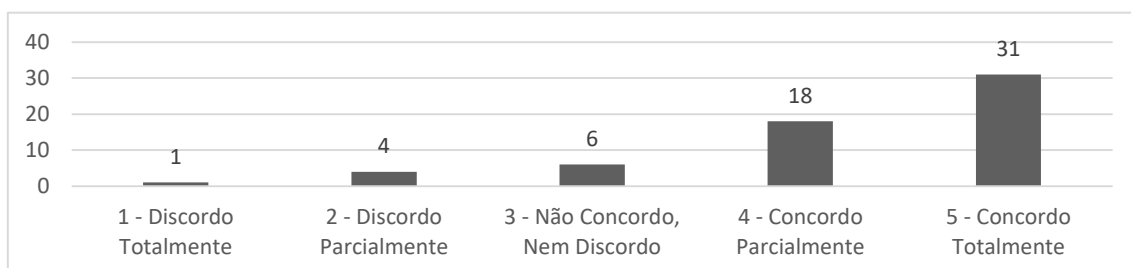


Gráfico 50 - Divulgação da existência da plataforma Her+ junto de todos os colaboradores.

- **Promoção frequente da importância da notificação de incidentes.**

O Gráfico 51 permite a identificação de um total de 53 indivíduos a selecionar opções de concordância com a afirmação apresentada (88,33%), sendo “concordo totalmente” a resposta que obteve mais seleções, apresentando uma taxa de 51,67% (31 respostas). As respostas de carácter neutro assumem uma taxa de 8,33% com 5 seleções nesta opção, sendo que a discordância com a afirmação recai sobre 3,33% das respostas, com 2 indivíduos a selecionar estas opções.

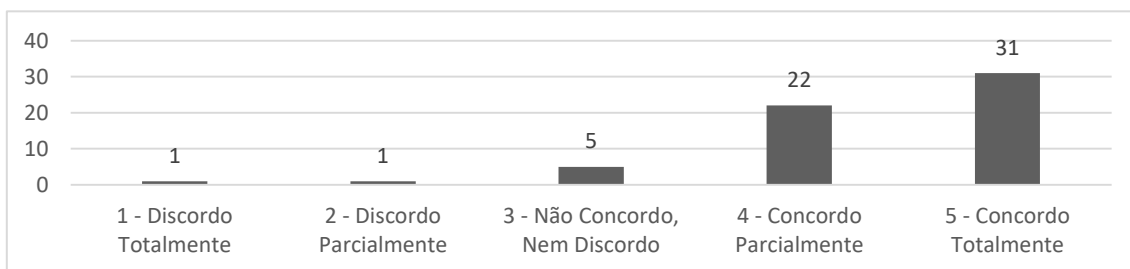


Gráfico 51 - Promoção frequente da importância da notificação de incidentes.

- **Formação acerca da utilização da plataforma Her+.**

Analisando a resposta a esta afirmação através da informação contida no Gráfico 52, temos 47 indivíduos que concordam com a mesma (78,33%), destacando-se a opção “concordo totalmente” que obteve 30 respostas (50%). Segue-se uma taxa de 18,33, com 11 indivíduos a selecionar a opção de carácter neutro, e por fim 2 indivíduos (3,33%) que discordam parcialmente da afirmação, não se tendo registado nenhuma validação na opção “discordo totalmente”.

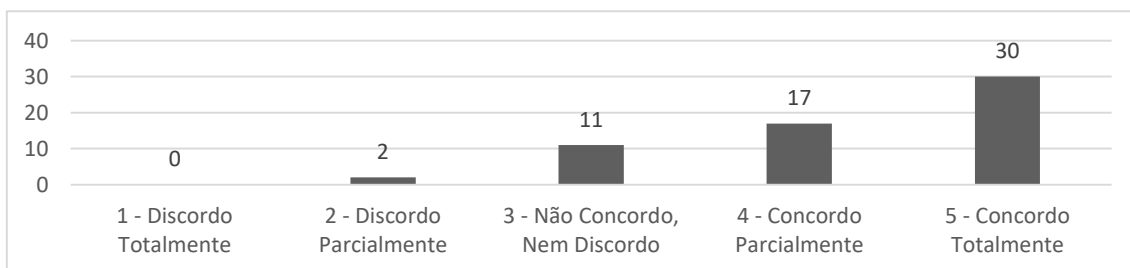


Gráfico 52 - Formação acerca da utilização da plataforma Her+.

- **Formação acerca do tipo de situações a notificar.**

Relativamente à afirmação apresentada, segundo informação contida no Gráfico 53, temos uma maioria de respostas a incidir na concordância com a mesma, onde se verifica que 54 indivíduos selecionaram opções correspondentes a esta postura (90%), evidenciando-se 34 respostas na opção “concordo totalmente” (56,67%). 5 indivíduos não concordam, nem discordam, constituindo uma percentagem de 8,33%. Apenas um 1 indivíduo discordou da afirmação (1,67%), sendo que a opção “discordo totalmente” não obteve seleções.

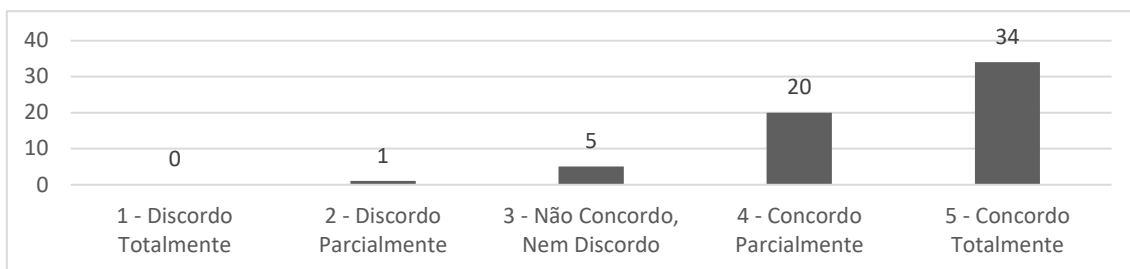


Gráfico 53 - Formação acerca do tipo de situações a notificar.

- **Promover e facilitar o acesso ao sistema informático.**

Em resposta à afirmação, segundo consta do Gráfico 54, 75% das respostas (45), recaiu nas opções de concordância com a mesma, onde se destaca a opção “concordo totalmente”, com 27 indivíduos a seleciona-la (45%). 11 Indivíduos demonstram uma opinião neutra (18,33%), sendo que 4 discordam da afirmação (6,67%), onde apenas 1 indivíduo selecionou a opção “discordo totalmente”, correspondendo a 1,67% da amostra.

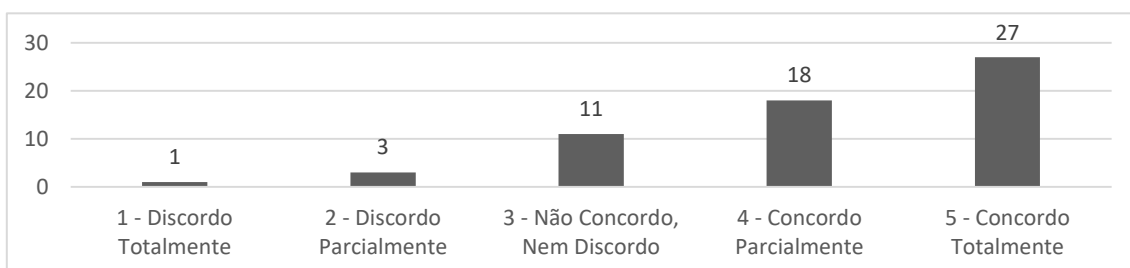


Gráfico 54 - Promover e facilitar o acesso ao sistema informático.

- **Promoção da notificação de incidentes por parte das chefias diretas.**

Na análise ao Gráfico 55, acedemos à informação no que respeita à perspetiva da amostra face à afirmação exposta. Destaca-se a resposta “concordo totalmente” com 34 indivíduos a seleciona-la (56,67%), sendo que na totalidade a concordância com a afirmação corresponde a 88,33% das respostas obtidas (53). As respostas de caráter neutro correspondem a 6,67% (4). Por sua vez, verificou-se uma taxa de discordância de 5%, com 3 indivíduos a selecionar estas categorias de resposta, sendo que apenas 1 selecionou a opção “discordo totalmente” (1,67%).

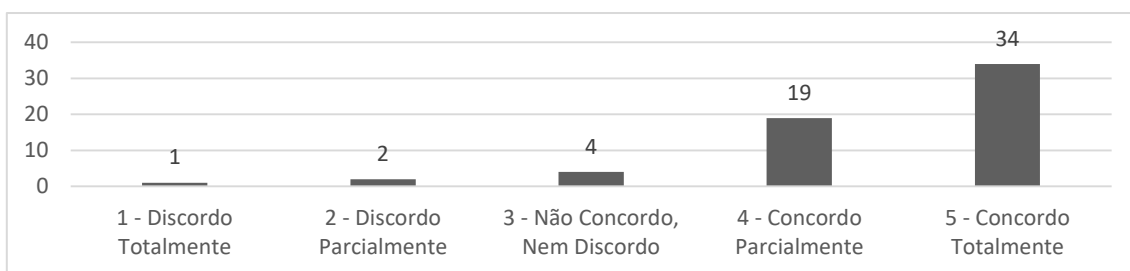


Gráfico 55 - Promoção da notificação de incidentes por parte das chefias diretas.

- **Reforçar que a notificação não é uma forma de ataque, nem advém consequências negativas da mesma, quer para quem notifica, quer para quem é notificado.**

Segundo o Gráfico 56, 88,33% das respostas (53) correspondem à concordância com a afirmação, sobressaindo destas a opção “concordo totalmente”, com um total de 37 indivíduos a seleciona-la (61,67%). A taxa que mais se verificou seguida à de concordância foi a de caráter neutro, onde se obtiveram 6 respostas (10%). Apenas 1 indivíduo selecionou a opção “discordo parcialmente” (1,67%), não tendo “discordo totalmente” obtido respostas.

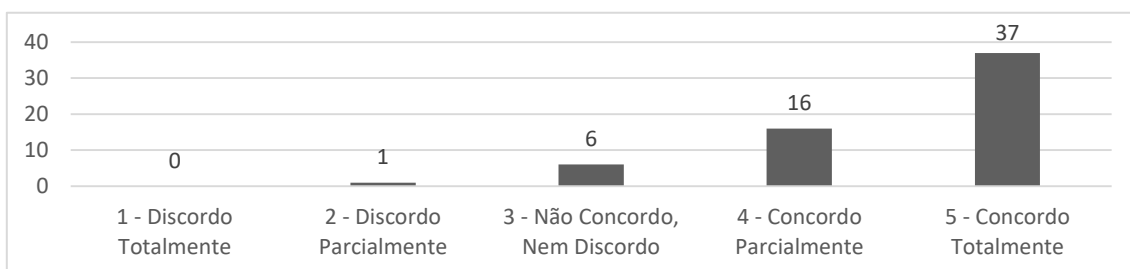


Gráfico 56 - Reforçar que a notificação não é uma forma de ataque, nem advém consequências negativas da mesma, quer para quem notifica, quer para quem é notificado.

- **Promover um maior envolvimento dos intervenientes, no processo de análise e resolução do incidente.**

Na análise às respostas à afirmação, representadas no Gráfico 57, não se verifica qualquer seleção nas opções de discordância com a mesma. A taxa de respostas neutras é de 10%, tendo 6 indivíduos selecionado esta opção. A maioria das respostas recaiu assim na concordância com a afirmação, onde 54 indivíduos selecionaram opções correspondentes a esta vertente (90%), destacando-se um maior número de respostas à opção “concordo totalmente”, tendo esta constituído uma taxa 56,67%, com 34 indivíduos a selecioná-la.

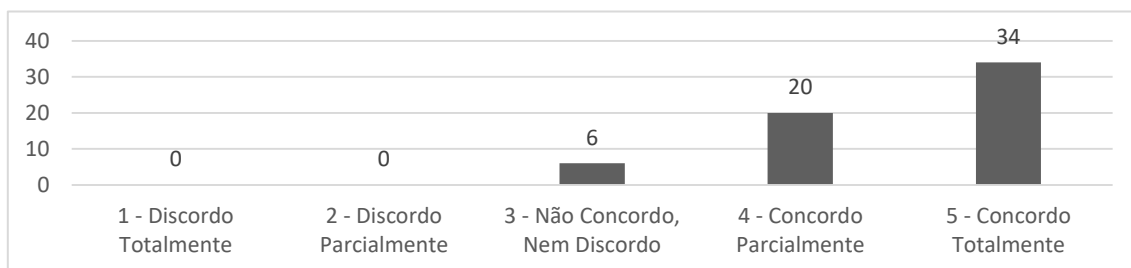


Gráfico 57 - Promover um maior envolvimento dos intervenientes, no processo de análise e resolução do incidente.

- **Comunicação ao notificador, acerca do desenvolvimento do processo de análise e resolução do incidente.**

Segundo se observa no Gráfico 58, não se verificam respostas de discordância face à afirmação apresentada. Por sua vez as respostas de carácter neutro traduzem-se em 10% da totalidade, com 6 indivíduos a selecionar a opção “não concordo, nem discordo”. A concordância com a afirmação assume a maior taxa de resposta com 90%, onde 54 indivíduos selecionaram opções correspondentes a esta posição. Destacam-se as 33 respostas à opção “concordo totalmente”, constituindo 55% das respostas da amostra.

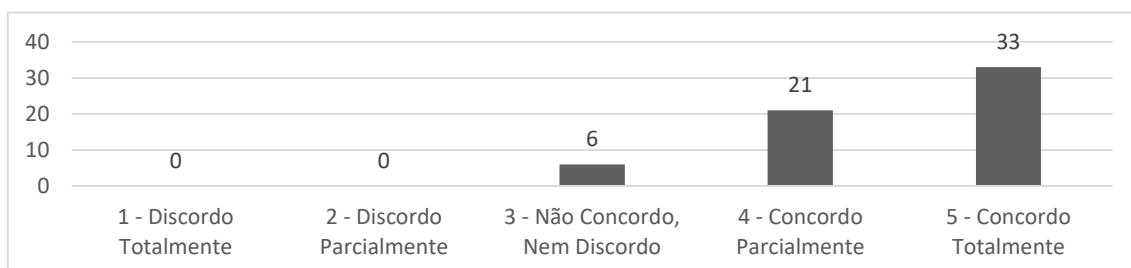


Gráfico 58 - Comunicação ao notificador, acerca do desenvolvimento do processo de análise e resolução do incidente.

- **Divulgação da resolução dos problemas apresentados.**

Em relação à última afirmação apresentada no questionário, podemos observar através do Gráfico 59 que nenhum indivíduo discordou da mesma. As respostas de caráter neutro foram selecionadas por 3 indivíduos (5%), sendo que a concordância assume um papel predominante nas respostas obtidas, com 57 indivíduos a assinalarem as opções correspondentes a esta opinião, constituindo uma taxa de 95%. Destaca-se nas respostas assinaladas a opção “concordo totalmente”, onde se obteve uma taxa de 68,33%, o que corresponde a uma seleção da mesma por parte de 41 indivíduos.

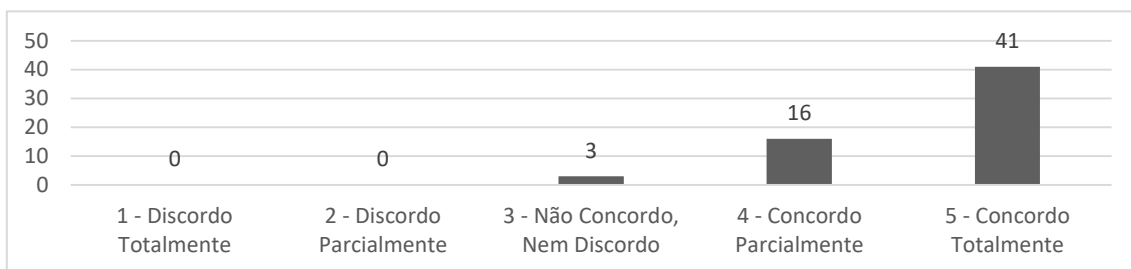


Gráfico 59 - Divulgação da resolução dos problemas apresentados.

CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

5. Discussão de Resultados

Após a apresentação dos resultados, realizar-se-á de seguida a sua discussão à luz de outros estudos e conhecimentos atuais sobre a temática acerca das causas de subnotificação de incidentes verificados no atendimento ao cliente em meio hospitalar, como forma de enriquecer o processo de discussão. Para isso, será seguida uma sequência lógica de acordo com os objetivos do estudo.

5.1. Conhecer a taxa de utilização da plataforma de registo de incidentes

Neste subcapítulo analisam-se as respostas obtidas às questões colocadas com a intenção de esclarecer um dos objetivos específicos deste trabalho “Conhecer a taxa de utilização da plataforma de registo de incidentes”, assim como uma das variáveis identificadas como possível causa para a não realização de notificações na plataforma disponibilizada para o efeito: “Conhecimento acerca da existência da plataforma para a notificação de incidentes e frequência de utilização”.

A todos os indivíduos que constituem a amostra foi questionado se conheciam a plataforma informática Her+, disponibilizada pela Unidade de Saúde em estudo para a notificação de incidentes. Este tema foi primeiramente abordado durante a realização do estudo piloto, tendo sido identificado 1 indivíduo, que desconhecia a existência da referida plataforma, pertencendo este à categoria profissional “Médico”. Concluímos através das respostas à Questão 1 do questionário que, 81,67% da amostra tem conhecimento acerca da sua existência (Gráfico 6). As categorias profissionais onde se verifica o desconhecimento acerca desta questão são, a dos médicos com 7 indivíduos (11,67%) e a dos Administrativos com 4 indivíduos (6,67%) (Tabela 4). Assim, sendo que, 18,33% da amostra desconhece a existência da plataforma, esta assume-se para estes indivíduos como a causa pela qual a mesma não é utilizada.

Através da análise das entrevistas realizadas, percebeu-se que, apesar de deterem conhecimento acerca da sua existência, apenas 50% dos indivíduos entrevistados recorre à plataforma disponibilizada pela instituição para proceder à notificação de incidentes. Posto isto, na questão seguinte (questão 1.1. do questionário), procurou-se compreender quais os indivíduos que, apesar de conhecerem a referida plataforma, já recorreram à mesma. Obtivemos que, dos 49 indivíduos que referem conhecer a plataforma, 21 (42,9%) não a utiliza (Gráfico 7). Fazendo uma análise aos 28 indivíduos que utilizam a plataforma (questão 1.1. a) do questionário), apenas 4 (14,3%) indica que a utiliza de forma frequente. Destaca-se que, apesar de não frequentemente, 18 indivíduos (64,3%) já utilizaram a referida plataforma mais que uma vez (Gráfico 8).

Nas causas para a não utilização da plataforma, observadas durante a realização do estudo piloto, encontraram-se diversos motivos, sendo que alguns dos indivíduos referiram mais do que uma causa para a não utilização da mesma. Dos 5 indivíduos que não utiliza a plataforma:

- 20% refere notificar os incidentes diretamente à chefia;
- 20% reporta os incidentes a profissionais de outra classe, por exemplo à equipa de enfermagem;
- 20% recorre ao confronto direto com a pessoa que cometeu o “erro”;
- 20% nunca sentiu necessidade de utilizar a plataforma;
- 20% desconhecia a existência da plataforma;
- 2 desses indivíduos referem ainda a falta de informação acerca do funcionamento da plataforma como uma segunda causa para a não utilização da mesma.

Posto isto, esta questão também foi identificada no questionário (questão 1.1. b), sendo que poderiam ser selecionadas várias opções. Após interrogados, as causas mais assinaladas para a não utilização da plataforma como forma de notificação de incidentes (Gráfico 9), foram:

- “Notifico diretamente a minha chefia” - 26 respostas;
- “Não tenho formação acerca do funcionamento da plataforma” - 15 respostas;
- “Nunca senti necessidade de reportar um incidente” - 9 respostas;
- “Notifico o incidente a profissionais de outra classe” – 9 respostas;
- “Confronto diretamente a pessoa que cometeu o “erro”” - 8 respostas;
- “Notifico diretamente a direção do hospital” - 5 respostas;
- “Não tomo nenhuma atitude quando verifico que acontece um incidente” – 0 respostas;
- “Outra” – 0 respostas.

Salienta-se o facto de a opção “Outra” não ter sido selecionada, demonstrando que, dentro da amostra em estudo não existem outros motivos para a não/ou reduzida utilização da plataforma, além dos apresentados nesta questão. Evidencia-se ainda que nenhum dos inquiridos assinalou “Não tomo nenhuma atitude quando verifico que acontece um incidente” como opção de resposta.

Estas formas de notificação podem ser identificadas como estratégias para de certo modo realizar a notificação de incidentes, não descurando a importância que estes apresentam para a promoção de uma cultura de segurança, o que nos remete para a importância da notificação de incidentes, analisada no subcapítulo seguinte.

5.2. Compreender a importância da notificação de incidentes para os indivíduos em estudo

De seguida analisam-se as respostas obtidas às questões colocadas com a intenção de esclarecer um dos objetivos específicos deste trabalho “Compreender a importância da notificação de incidentes para os indivíduos em estudo”, assim como uma das

variáveis identificadas como possível causa para a não realização de notificações na plataforma de registo de incidentes, associada a este objetivo: “Perspetiva acerca da importância da notificação de incidentes”.

Durante a realização do estudo piloto, 1 indivíduo referiu não ser importante realizar a notificação de incidentes, justificando com o facto de a notificação não originar ações ou alterações, que previnam a reincidência dos mesmos. Este aspeto é igualmente comprovado no estudo realizado por Hamilton et al. (2018), onde alguns dos constrangimentos à notificação de incidentes apresentados passam pelo ceticismo acerca da utilidade das notificações e pela desacreditação acerca de mudanças no sistema, temas abordados na questão 6 do questionário.

Posto isto a questão 2 do questionário, “Considera importante a notificação de incidentes?” pretendeu medir esta mesma temática (Gráfico 10). Nas respostas obtidas, nenhum dos indivíduos refere a notificação de incidentes como não sendo importante. É ainda de referir que 44 dos indivíduos em estudo (73,3%) indicou a notificação de incidentes como sendo “importante” ou “muito importante”.

No estudo piloto, os restantes 90% constituintes da amostra, também reconheceram a importância da notificação de incidentes, indicando como principal vantagem viabilizar a alteração de comportamentos, procedimentos e/ou circuitos, que futuramente possam dar origem a novos incidentes.

Estes resultados são corroborados no estudo publicado por Lee et al. (2018), onde referem que os incidentes devem ser notificados e investigados com a devida diligência, e novas medidas preventivas devem ser concebidas, com base nos resultados das investigações efetuadas. Falhas na notificação são consideradas questões cruciais na gestão do risco, uma vez que a não comunicação dificulta a identificação de incidentes que possam colocar em causa a segurança do doente, e reduz a oportunidade de aprendizagem dos profissionais de saúde. Também o *Committee of Ministers* (2006), nas recomendações emanadas acerca da gestão da comunicação de incidentes e prevenção de eventos adversos nos cuidados de saúde refere que “o principal objetivo do sistema de notificação de incidentes é a melhoria da segurança do doente, aprendendo através de situações adversas ou erros cometidos”.

No que respeita à contribuição que a notificação apresenta para a cultura de segurança institucional, 70% dos entrevistados durante a realização do estudo piloto referiu que ao notificarem entendem estar a contribuir para uma melhoria da mesma, o que demonstra que a maioria dos inquiridos percebe a correlação entre ambas, opinião que vai ao encontro de uma das definições atribuídas ao termo segurança do doente, onde se refere “a identificação, análise e gestão de riscos e incidentes relacionados com o doente, para tornar o cuidado ao doente mais seguro e minimizar os danos” (DGS, 2011, p. 136).

Também no questionário se pretendeu avaliar esta temática tendo sido colocadas 4 questões seguidamente analisadas:

- “De um modo geral, notificar incidentes permite conhecer quais as suas causas e o impacto dos mesmos, promovendo deste modo práticas seguras” (Gráfico 13).

90% da amostra (54 indivíduos), concorda com a informação apresentada, sendo que 2 indivíduos não concordam com a mesma (3,33%).

- “Genericamente, notificar incidentes contribui para um aumento da cultura de segurança organizacional” (Gráfico 14).

93,33% da amostra (56 indivíduos), concorda com a afirmação apresentada, 1 indivíduo, que representa 1,67% da amostra, discorda da mesma.

- “As organizações devem adquirir uma postura de preocupação com a segurança e uma cultura de aprendizagem contínua, evidenciando a importância da declaração sistemática de incidentes” (Gráfico 15).

96,67% da amostra (58 indivíduos) concorda com a afirmação (Gráfico 15), não se tendo obtido respostas de discordância em relação à mesma.

- “A ocultação do erro corresponde a uma perda de oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento” (Gráfico 16).

96,67% da amostra concorda com a afirmação (58 indivíduos), tendo apenas 1 indivíduo discordado da afirmação apresentada (1,67%).

- “Genericamente, a resposta ao risco detetado, passa pela definição e implementação de um plano de melhoria, com o objetivo de o reduzir até um nível considerado aceitável” (Gráfico 19).

75% da amostra (45 indivíduos) concorda a afirmação, por sua vez 3 indivíduos (5%) discordam da mesma.

Após análise das frequências de resposta às afirmações apresentadas, verifica-se a importância que a notificação de incidentes apresenta para a população em estudo, tendo sido possível verificar que os inquiridos detêm a noção de que é através desta notificação que as equipas de gestão do risco clínico tomam conhecimento acerca dos mesmos.

Leape et al. (1995) reforçam esta conceção, referindo que para conseguirmos perceber o incidente temos que identificar e compreender a sua origem, o que correu mal, como sucedeu, quais os fatores que o desencadearam, para prevermos como atuar no sentido de minimizar e evitar as suas consequências. Esteves (2015) refere ainda que, embora esteja associada ao incidente uma conotação negativa, este não é apenas uma falha ou um engano, pois este contém em si uma significativa possibilidade de mudança e recuperação, e é neste sentido que a gestão do risco clínico trabalha.

5.3. **Entender a perceção dos inquiridos face ao desempenho da gestão do risco clínico na Unidade de Saúde em estudo**

Quanto à eficácia na resolução dos problemas apresentados, através da realização do estudo piloto, obtivemos que 50% dos entrevistados acredita existir clareza e objetividade na resolução das notificações de incidentes apresentadas, considerando-se assim que a opinião da amostra do estudo piloto se divide acerca da eficácia na resolução dos problemas por parte da equipa da gestão do risco clínico, da Unidade de Saúde em estudo.

Também através do questionário também foi aprofundada esta temática, tendo-se obtido os seguintes resultados:

- “Na instituição onde trabalho, notificar incidentes não origina ações ou alterações que previnam a sua reincidência” (Gráfico 11).

A maioria da 56,67% da amostra (34 indivíduos) discorda da afirmação apresentada, no polo oposto 9 indivíduos (15% da amostra) referem que concordam com a mesma.

- “Na Instituição onde trabalho, a notificação de incidentes viabiliza a alteração de comportamentos, procedimentos e/ou circuitos, que futuramente possam dar origem a novos incidentes” (Gráfico 12).

53,33% da amostra a concorda com a afirmação (32 indivíduos), sendo que 11,67% (7 indivíduos) que discordam da mesma.

- “Na Instituição onde trabalho, as notificações de incidentes são resolvidas de forma objetiva e clara” (Gráfico 17).

Obtiveram-se 25 respostas de concordância, constituindo 41,67% da amostra, contra 6 respostas em que as opções assinaladas foram de discordância, representando 10% da amostra em estudo.

- “Na Instituição onde trabalho, a análise da notificação de incidentes tem sempre em vista a melhoria da cultura de segurança organizacional” (Gráfico 18).

70% da amostra concorda com a afirmação (42 indivíduos), por sua vez 8,33% (5 indivíduos) discordam da mesma.

Quanto à perspetiva da população face ao desempenho da gestão do risco clínico na Unidade de Saúde em estudo, as respostas aos questionários indicam que a maioria entende que a notificação de incidentes na Unidade de Saúde em que trabalham assume um papel eficaz no que respeita à implementação de ações ou alterações de forma que se possa prevenir a reincidência dos mesmos. Para os inquiridos, notificar incidentes na sua instituição permite que se implementem ações ou alterações, viabilizando a alteração de comportamentos, procedimentos e/ou circuitos, que

futuramente possam dar origem a novos incidentes, sendo os problemas apresentados resolvidos de forma eficaz, clara e objetiva, tendo sempre em vista a melhoria da cultura de segurança organizacional.

5.4. Avaliar a presença de uma cultura de notificação de incidentes na equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde em Estudo

Para a realização deste trabalho torna-se essencial entender a perspetiva dos indivíduos em estudo face à presença de cultura de notificação de incidentes na plataforma Her+, plataforma disponibilizada pela Unidade de Saúde em estudo, para a notificação dos mesmos, junto dos seus pares, sendo este um dos objetivos desta dissertação. Assim os resultados obtidos foram:

- “Junto dos seus pares, sente que existe uma cultura presente de notificação de incidentes na plataforma Her+?” (Gráfico 29).

Após analisar as respostas à questão, obteve-se um total de 43 respostas (71,67%) que indicam que os indivíduos não entendem existir uma cultura presente de notificação de incidentes junto dos seus pares, contra 17 respostas (28,33%), que julgam existir.

Os indivíduos constituintes da amostra do estudo piloto também foram interrogados acerca deste tema, sendo que todos os entrevistados admitiram não se verificar uma cultura de notificação de incidentes junto dos seus pares.

5.5. Reconhecer as causas da subnotificação de incidentes

Tendo em conta os resultados obtidos em relação ao objetivo de estudo apresentado anteriormente, torna-se fundamental reconhecer as causas da subnotificação de incidentes, sendo este um dos objetivos deste estudo. Assim, neste subcapítulo serão analisadas as respostas às questões apresentadas através da entrevista e do questionário, de forma a conseguirmos entender quais as variáveis identificadas anteriormente poderão constituir-se como possíveis causas da subnotificação de incidentes apresentam para a população em estudo.

Segundo os indivíduos constituintes da amostra do estudo piloto, as causas para a ausência de uma cultura de notificação de incidentes passam por:

- Falta de *feedback*; postura das chefias; falha e demora na resposta aos problemas apresentados; utilização de outras formas de notificação; dificuldade de acesso à plataforma; desconhecimento acerca da existência da plataforma; medo de vir a sofrer represálias; noção de estar a prejudicar alguém; perceção errada acerca do propósito das notificações; desconhecimento acerca da importância da notificação; falta de tempo; processo de notificação moroso e falta de motivação.

Muitas das causas obtidas através da resposta à entrevista, são reconhecidas em outros estudos acerca da mesma temática. Claro et al. (2011) constataram com o seu estudo que cerca de 75% dos profissionais percebe a existência de uma subnotificação das incidentes nos seus locais de trabalho, devido a: sobrecarga de trabalho; esquecimento; não valorização dos incidentes ocorridos; sentimentos de medo e vergonha.

Por sua vez, Hamilton et al. (2018) apresentam como barreiras à notificação de incidentes o medo de repercussões pessoais ou profissionais; falta de *feedback* oportuno; ceticismo acerca da utilidade das notificações; desacreditação acerca de mudanças no sistema; e falta de tempo para a realização de notificações no sistema informático.

Elbeddini et al. (2020) expõem como fatores que contribuem para a subnotificação de incidentes: falta de tempo; documentação complexa; procedimentos de notificação longos; dificuldade/falha na identificação de incidentes; confidencialidade do doente; medo de culpabilização; falta de rotina; relatórios estruturados e falta de motivação.

Lee et al. (2018) referem também no seu estudo a existência de obstáculos à notificação de incidentes:

- *Near-misses* não reportados devido às suas características não perigosas ou não afetivas. Para eventos adversos, não foram feitos relatórios se o dano não fosse grave;
- *Stress* após notificação. Os notificadores sentiam-se culpados devido a lembretes constantes das suas falhas;
- Não conhecimento do tipo de incidentes que deviam ser comunicados;
- Carência de formação institucional em matéria de notificação de incidentes;
- Falta de tempo para concretizar a notificação durante o horário de trabalho;
- Causas e medidas preventivas para eventos adversos/sentinela tiveram de ser incluídas no relatório, mas eram muitas vezes difíceis de determinar;
- Falta de anonimato no processo de notificação de eventos adversos/sentinela;
- Falta de *feedback*;
- Notificação de incidentes sentida pelos inquiridos como difícil, uma vez que origina sentimentos de culpa, gerando uma reputação negativa;
- Preocupação acerca da utilização de sistema informático para notificação de incidentes, dado que os registos seriam mantidos e isso influenciaria negativamente a avaliação do desempenho dos inquiridos;
- Resposta inadequada às notificações;
- Não foram observados relatos de *near-misses* por parte de *seniores*. Como tal, os inquiridos sentiram que não tinham um modelo a seguir.

Lage (2010) indica como impedimentos sentidos pelos profissionais de saúde na aceitação dos sistemas de notificação:

- O medo de uma eventual punição;
- A falta de tempo para notificar devido à sobrecarga de trabalho;

- Considerarem o sistema inútil, principalmente se não houver feedback adequado relativamente aos relatos efetuados;
- Dificuldade em entender a taxionomia existente em segurança do doente.

Tendo em conta a informação acima apresentada, pretendeu-se aprofundar esta temática através, apresentando-se diversas questões com o intuito de obter respostas para as 20 variáveis identificadas como possíveis condicionantes à existência de uma cultura presente de notificação de incidentes junto dos seus pares. Essas variáveis foram avaliadas pelos inquiridos, segundo a perspetiva dos mesmos, correspondendo a:

- **Sentimento de “ataque” quando alguém realiza notificação acerca do seu trabalho**

Relativamente ao estudo piloto, 2 dos entrevistados já viu um erro cometido por si ser notificado na plataforma, e 1 indivíduo chegou mesmo a fazer uma notificação acerca do próprio trabalho. Os indivíduos que viram um erro seu ser notificado por outros, admitem ter sentido que foram “atacados” com essa notificação.

Também através do questionário se pretendeu aprofundar o conhecimento acerca desta variável, tendo sido colocadas as seguintes questões:

- “Em algum momento, alguém realizou uma notificação acerca do seu trabalho?” (Gráfico 20).

Em resposta à mesma 16,7% da amostra (10 indivíduos) já viu um “erro” seu notificado por outra pessoa.

- “Sentiu-se “atacado” ao terem realizado essa notificação?” (Gráfico 21).

Em relação a este aspeto, as opiniões dividem-se, sendo que 50% refere que se sentiu “atacado” quando outra pessoa realizou uma notificação acerca do seu trabalho, enquanto os outros 50% não experienciaram qualquer tipo de sentimento de “ataque”, não sendo possível retirar conclusões acerca desta temática através da análise a esta questão.

- **Dificuldade/falha na identificação de incidentes**

- “Dificuldade/falha na identificação de incidentes” (Gráfico 30)

A maior taxa apresentada corresponde a uma resposta negativa, com uma taxa de 36,67%, com 22 indivíduos a discordarem da afirmação apresentada. A menor taxa verificada corresponde à da concordância com a afirmação, com 15 indivíduos (25%).

Após a análise, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, não valida a questão em estudo.

- **Não valorização dos incidentes sucedidos**

- “Não valorização dos incidentes verificados.” (Gráfico 31)

O maior número de respostas é de concordância com a variável, com 28 indivíduos (46,67%), a concordar com a mesma, sendo que 11 indivíduos discordam desta, constituindo uma taxa de 18,33%.

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, valida a questão em estudo.

- **Perceção errada acerca do propósito da notificação**

Durante a realização do estudo piloto a variável “Perceção errada acerca do propósito da notificação” foi investigada. No que respeita ao modo como é vista a notificação de incidentes, 70% dos entrevistados afirmou ser muitas vezes vista como um “ataque” a quem cometeu o “erro”.

Também através do questionário se pretendeu aprofundar o conhecimento acerca desta variável, tendo sido colocadas as seguintes questões:

- “Na Instituição onde trabalho, a notificação de incidentes é muitas vezes vista como um “ataque” a quem cometeu o “erro”, em vez de ser entendida como uma oportunidade de aprendizagem” (Gráfico 24).

Temos 20 indivíduos que discordam da mesma (33,33%) e 21 indivíduos que por sua vez concordam com a afirmação (35%).

- “Perceção errada quanto ao propósito da notificação” (Gráfico 32).

Obteve-se uma taxa de 45% de concordância com a afirmação (27 indivíduos), contra uma taxa de 13,33% de discordância (8 indivíduos) em relação à mesma.

Após análise das respostas, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, valida a questão em estudo.

- **Desconhecimento acerca da importância da notificação**

- “Desconhecimento acerca da importância da notificação de incidentes” (Gráfico 33).

As respostas obtidas foram menores ao nível da discordância, apresentando uma taxa de 26,67%, com 16 respostas. Destaca-se a concordância com a afirmação, onde se verifica uma taxa de 46,67%, tendo-se obtido 28 respostas neste sentido.

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, valida a questão em estudo.

- **Falha e demora na resposta aos problemas apresentados através da notificação**

- “Falha e demora na resposta aos problemas apresentados através da notificação” (Gráfico 34).

A menor quantidade de respostas recai sobre a discordância em relação à variável, opção que foi selecionada por 12 indivíduos, representando uma taxa de 20%. A taxa de concordância é de 40%, com 24 respostas.

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, valida a questão em estudo.

- **Falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada**

- “Falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada” (Gráfico 35).

Verificamos uma taxa de concordância com a variável de 38.33%, com 23 respostas, sendo que a taxa de discordância, corresponde a 20%, com um total de 12 respostas.

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspectiva da amostra, valida a questão em estudo.

- **Ceticismo acerca da utilidade das notificações**

- “Ceticismo acerca da utilidade das notificações” (Gráfico 36).

A maioria da amostra, 32 indivíduos, concorda com a afirmação, assumindo uma taxa de 53,33%. Por sua vez, a minoria das respostas recaiu sobre a discordância em relação à afirmação, observando-se 5 respostas (8,33%).

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspectiva da amostra, valida a questão em estudo.

- **Desacreditação acerca de mudanças no sistema**

- “Desacreditação acerca de mudanças no sistema” (Gráfico 37).

O menor valor apresentado corresponde à discordância com a afirmação, onde esta opção foi selecionada por 5 indivíduos (8,33%), destacando-se a concordância com a afirmação, que apresenta 36 respostas, correspondendo a uma taxa de 60%.

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspectiva da amostra, valida a questão em estudo.

- **Processo de notificação longo**

- “Processo de notificação longo” (Gráfico 38).

A discordância em relação à afirmação é constituída por uma taxa de 18,33%, correspondendo a 11 respostas. No que respeita à concordância esta assume uma taxa de 33,33%, com 20 respostas.

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspectiva da amostra, valida a questão em estudo.

- **Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais**

À população em estudo foram colocadas diversas questões, que de forma indireta pretendiam analisar esta variável, através do questionário:

- “Não realizo notificações acerca de “erros” por mim cometidos, porque receio que venha a afetar a minha avaliação de desempenho” (Gráfico 27).

75% dos inquiridos discorda da afirmação (45 indivíduos), contra 6,67% que concordam com a mesma (4 indivíduos).

Conclui-se assim que a variável em estudo não se verifica no que diz respeito à realização de notificações acerca dos próprios erros na plataforma.

- “Quando realizo notificações na plataforma seleciono a opção “Anónimo”, de forma evitar ser chamado à atenção ou vir a sofrer represálias” (Gráfico 25).

A maioria dos inquiridos – 31 indivíduos (51,67%), discorda da mesma, contra 15 inquiridos que por sua vez concordam (15%).

- “Tenho vergonha de notificar os meus “erros”” (Gráfico 28).

As respostas à mesma apresentam uma taxa de 80% de discórdia em relação ao apresentado, sem respostas em concordância com a mesma.

Relativamente à variável “Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais”, através da análise às respostas, a mesma não foi validada em nenhuma das afirmações classificadas anteriormente pelos inquiridos.

Foi ainda colocada uma pergunta direta em relação a esta variável, sendo as respostas obtidas contraditórias em relação às anteriores.

- “Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais” (Gráfico 39).

O maior número de respostas recai sobre a concordância com a afirmação, onde se obtiveram 25 respostas, representando uma taxa de 41,67%. Segue-se a resposta de discordância, com 19 respostas (31,67%).

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, ainda que com uma margem reduzida, valida a questão em estudo. Esta variável tinha sido refutada na afirmação anterior, contudo agora está a ser estudada a perspetiva do indivíduo face aos seus pares, de acordo com as vivências que experiencia no seu dia-a-dia no ambiente em que trabalha, e não a sua perspetiva pessoal.

Acerca da realização de notificações foi ainda colocada a questão:

- “Em alguma situação realizou uma notificação acerca do seu próprio trabalho?” (Gráfico 23).

7 indivíduos assumem já o ter feito, representando 11,7% da amostra (Gráfico 23). Relativamente ao facto de 53 indivíduos nunca terem realizado uma notificação acerca do seu trabalho, pode dever-se a dois fatores distintos: nunca ter ocorrido uma situação que tenha sido merecedora de notificação, ou aspetos relacionados com a variável “Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais”.

- **Noção de estar a prejudicar alguém**

- “Sinto-me culpado após realizar uma notificação acerca do trabalho de outra pessoa, pois penso poder estar a prejudicá-la” (Gráfico 26).

36 indivíduos discordam da afirmação, tendo 10 indivíduos concordado com a mesma.

Com esta análise, conclui-se que a generalidade dos indivíduos em estudo, não apresenta sentimentos de culpa quando realiza notificações acerca do trabalho de outra pessoa, não existindo uma validação da variável referida através da análise à afirmação “Sinto-me culpado após realizar uma notificação acerca do trabalho de outra pessoa, pois penso poder estar a prejudicá-la”, uma vez que 60% dos inquiridos refutou essa afirmação, discordando da mesma.

- “Noção de estar a prejudicar alguém.” (Gráfico 40)

Os valores obtidos que dizem respeito à concordância com a afirmação foram de 36,67%, onde se obtiveram 22 respostas, sendo que as respostas que correspondem à discordância em relação à afirmação apresentada, correspondem a uma taxa de 25%, mostrando 15 respostas.

Após análise, concluímos que esta afirmação, segundo a perspetiva da amostra, valida a variável em estudo. Esta variável tinha sido refutada na afirmação anterior, porém deve ter-se em conta que esta abordagem pretende analisar a perspetiva do indivíduo face aos seus pares, de acordo com as vivências que experiencia no seu dia-a-dia no ambiente em que trabalha, e não a sua perspetiva pessoal.

- **Postura negativa das chefias face à notificação de incidentes**

Como possíveis causas para a não realização de notificações analisou-se esta variável, tendo a mesma sido evidenciada num estudo realizado por Claro et al. (2011), onde os inquiridos quando questionados acerca a existência de punição no local de trabalho, 24,3% responderam que não e 74,3% referiu que ocorre “às vezes” e “sempre”. São diversas as referências bibliográficas que referem como principal justificação para a não notificação o medo de punição, “...os obstáculos na implementação deste tipo de metodologia são essencialmente os aspetos culturais, ou seja, o medo da punição e da culpabilização e um “olhar cético” de alguns profissionais para a fiabilidade...” (Ramos & Trindade, 2013, p. 11) Também Lage (2010) refere o medo de uma eventual punição como impedimento na aceitação dos sistemas de notificação por parte dos profissionais de saúde.

Relativamente ao estudo piloto, 2 dos 3 indivíduos entrevistados referem não ter sentido qualquer tipo de represália aquando da realização de uma notificação acerca do seu trabalho, tendo o outro indivíduo admitido ter sido utilizado um tom inquisidor por parte da chefia na abordagem à questão.

Também no questionado foi analisada esta variável através das questões:

- “Experienciou algum tipo de reação negativa por parte da sua chefia, na abordagem à questão?” (Gráfico 22).

Apenas 2 indivíduos relataram reações negativas na abordagem à questão.

- “Postura negativa por parte das chefias face à notificação de incidentes” (Gráfico 41).

Verifica-se uma taxa de respostas de discordância que se destaca, constituindo 45% das respostas (27). A concordância com a afirmação constitui 21,67% das respostas, com 13 indivíduos a selecionar estas opções.

Após analisar as respostas obtidas concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, não valida a questão em estudo.

- **Incitação das chefias para a não realização de notificações**

- “Incitação por parte das chefias para a não realização de notificações” (Gráfico 42).

A esmagadora maioria discordou da afirmação com 34 respostas (56,67%). Quanto à percentagem de respostas que concordam com a mesma, obtivemos apenas 7, correspondendo a uma taxa de 11,67%.

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, não valida a questão em estudo.

- **Falta de tempo para a realização de notificações, durante o horário de trabalho**

- “Falta de tempo para a realização de notificações na plataforma Her+, durante o horário de trabalho” (Gráfico 43).

29 indivíduos (48,33%), referem que a falta de tempo durante o horário de trabalho é uma explicação possível para a não realização de notificações de incidentes na plataforma. Apenas 11 indivíduos discordam da afirmação (18,33%).

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, valida a questão em estudo.

- **Esquecimento**

- “Esquecimento” (Gráfico 44).

Após análise, verificamos que as opiniões não são unânimes, podendo mesmo dizer que a taxa de resposta é igual quer na discordância, quer na concordância, onde de obtiveram exatamente 20 respostas em cada categoria (33,33%), não sendo possível deste modo validar a questão em estudo através da variável “esquecimento”.

- **Falta de motivação**

- “Falta de motivação” (Gráfico 45).

A maioria de respostas recaiu na concordância, com 29 indivíduos a selecionar esta opção, representando uma taxa de 48,33%, tendo a discordância recaído sobre 13 respostas, constituindo uma taxa de 21,67%.

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, valida a questão em estudo.

- **Desconhecimento acerca da existência da plataforma para a notificação de incidentes**

- “Desconhecimento acerca da existência da plataforma Her+” (Gráfico 46).

No que respeita à variável observada através da análise do Gráfico 46, as respostas que se obtiveram foram semelhantes ao nível da concordância e discordância, com 23 respostas cada, constituindo uma taxa de 38,33% para ambas, não sendo possível deste modo validar a questão em estudo através da variável apresentada.

- **Carência de formação acerca da utilização da plataforma**

- “Carência de formação acerca da utilização da plataforma Her+” (Gráfico 47).

Identifica-se uma taxa de discordância em relação à afirmação de 25%, onde se obtiveram 15 respostas, sendo que a maioria das respostas obtidas dizem respeito à concordância com a afirmação, onde se verificam 27 respostas, resultando numa taxa de 45%.

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, valida a questão em estudo.

- **Dificuldade de acesso ao sistema informático**

- “Dificuldade de acesso ao sistema informático” (Gráfico 48).

Obtiveram-se 26 respostas em que a amostra discorda da afirmação (43,33%), contra 12 respostas de concordância com a mesma (20%).

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, não valida a questão em estudo.

- **Utilização de outras formas de notificação**

- “Utilização de outras formas de notificação de incidentes” (Gráfico 49).

20 indivíduos concordam com a afirmação, constituindo uma taxa de resposta de 33,33%. No polo oposto temos 15 dos inquiridos que discordam da afirmação (25%).

Após análise, concluímos que esta variável, segundo a perspetiva da amostra, valida a questão em estudo. Esta questão foi abordada anteriormente, com o intuito de conhecer as outras formas de notificação de incidentes utilizadas pela população em estudo, conforme apresentado no Gráfico 9.

Assim, de acordo com a informação obtida, as variáveis que foram identificadas pela amostra como condicionantes à presença de uma cultura presente de notificação de incidentes junto dos seus pares, serão orientadas e apresentadas, segundo a maior taxa de concordância obtida:

- “Desacreditação acerca de mudanças no sistema.” (Gráfico 37) – 60% (36 respostas);

- “Ceticismo acerca da utilidade das notificações.” (Gráfico 36) – 53,33% (32 respostas);

- “Falta de motivação.” (Gráfico 45) - 48,33% (29 respostas);

- “Falta de tempo para a realização de notificações na plataforma Her+, durante o horário de trabalho.” (Gráfico 43) – 48,33% (29 respostas);
- “Não valorização dos incidentes verificados.” (Gráfico 31) – 46,67% (28 respostas);
- “Desconhecimento acerca da importância da notificação de incidentes.” (Gráfico 33) – 46,67% (28 respostas);
- “Carência de formação acerca da utilização da plataforma Her+” (Gráfico 47) – 45% (27 respostas);
- “Perceção errada quanto ao propósito da notificação.” (Gráfico 32) - 45% (27 respostas);
- “Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais.” (Gráfico 39) - 41,67% (25 respostas);
- “Falha e demora na resposta aos problemas apresentados através da notificação.” (Gráfico 34) - 40% (24 respostas);
- “Falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada.” (Gráfico 35) - 38,33%, (23 respostas);
- “Noção de estar a prejudicar alguém.” (Gráfico 40) - 36,67% (22 respostas);
- “Utilização de outras formas de notificação de incidentes.” (Gráfico 49) – 33,33% (20 respostas);
- “Processo de notificação longo.” (Gráfico 38) – 33% (20 respostas).

Em relação a duas variáveis, não foi possível estabelecer uma conclusão pois obtiveram-se taxas de respostas de concordância e discordância semelhantes:

- “Desconhecimento acerca da existência da plataforma Her+.” (Gráfico 46) -38,33% (23 respostas) em ambas as categorias;
- “Esquecimento.” (Gráfico 44) - 33,33% (20 respostas) em ambas as categorias.

De seguida enumeram-se as variáveis descartadas pela amostra como condicionantes à presença de uma cultura presente de notificação de incidentes, junto dos seus pares, que serão orientadas e apresentadas, segundo a maior taxa de discordância obtida:

- “Incitação por parte das chefias para a não realização de notificações.” (Gráfico 42) - 56,67% (34 respostas);
- “Postura negativa por parte das chefias face à notificação de incidentes.” (Gráfico 41) - 45% (27 respostas);
- “Dificuldade de acesso ao sistema informático.” (Gráfico 48) - 43,33% (26 respostas);
- “Dificuldade/falha na identificação de incidentes” (Gráfico 30) - 36,67 (22 respostas).

Muitas das causas apresentadas nos estudos que foram analisados, e na entrevista realizada no estudo piloto, acabam por se cruzar com os resultados apresentados após a análise do questionário, sendo que nem todos os resultados do mesmo correspondem aos do estudo piloto e dos estudos realizados por outros autores, e vice-versa. As diferentes realidades a que os indivíduos de cada estudo estão sujeitos, e o carácter

subjetivo que estes apresentam, tendo em conta a perceção e a importância que cada indivíduo dá aos acontecimentos em análise, de acordo com a sua visão pessoal, influenciam as respostas que se obtêm.

5.6. **Identificar possíveis ações de melhoria para ultrapassar o problema em questão**

Através da identificação dos constrangimentos, é possível sugerir ações de melhoria que incitem a notificação de incidentes, estando conseqüentemente a promover uma cultura de segurança organizacional centrada na segurança do doente, sendo este um dos objetivos específicos deste estudo denominado de “Identificar possíveis ações de melhoria para ultrapassar o problema em questão”.

Com esse intuito, durante a realização do estudo piloto os indivíduos foram inquiridos acerca de possíveis estratégias que fossem ao encontro da ideia apresentada. As repostas foram as seguintes: promoção da notificação por parte das chefias; formação acerca da plataforma; reforçar que a notificação não é nenhuma forma de ataque, nem advém conseqüências negativas da mesma, quer para quem notifica, quer para quem é notificado; existência de *feedback*; promover e facilitar o acesso ao sistema informático; maior envolvimento dos intervenientes do incidente, no processo de análise e resolução do mesmo e ainda promoção da notificação de forma mais frequente junto a todos os colaboradores, por parte da gestão do risco clínico.

Os pilares da cultura de segurança são abordados por diversos autores, permitindo a compreensão da extensão desta temática. Consta-se assim que contribuem para uma cultura de segurança promotora da notificação de incidentes os seguintes aspetos:

- Ambiente livre de culpa para a falha humana com uma cultura aberta e justa;
- Liderança forte e trabalho de equipa em torno da segurança do doente;
- Ambiente de notificação de incidentes de forma não punitiva e com a finalidade de aprendizagem e implementação de medidas de melhoria;
- Comunicação estruturada com hierarquias flexíveis de cooperação e aprendizagem de retorno, com transparência em termos de segurança e gestão do risco clínico;
- Implementação de soluções com o intuito de prevenir a ocorrência de situações, que possam provocar dano no doente, através de mudança de práticas (Harada & Pedreira, 2013; National Patient Safety Agency, 2004).

No Pilar 2 do PNSD 2021-2026, e segundo a OMS: “a transparência, (...) a comunicação aberta (...), uma cultura de aprendizagem com os erros (...), o trabalho em equipa, a vontade de aprender, a valorização e apoio aos profissionais de saúde, (...) a política de não culpabilização e a responsabilização”, são requisitos essenciais à cultura da segurança que sucedem da liderança, tendo sempre como parte central dos cuidados e do sistema e doente (DGS, 2022a, p. 26).

É ainda referido pela DGS (2022a, p. 33) que “um dos pontos-chave que o PAMSD 2021-2030 da OMS aborda é o reporte dos incidentes de segurança assente em princípios de não culpabilização dos profissionais de saúde notificadores, permitindo a aprendizagem e evitando a repetição do erro”.

De acordo com a revisão da literatura, as respostas apresentadas no estudo piloto e a informação retirada de outros estudos acerca da temática em questão, emergiram possíveis estratégias para o problema em questão. Assim, de forma a verificar, quais seriam, segundo a perspetiva da amostra, as sugestões/ações de melhoria que poderiam/deveriam surgir a nível Institucional, de forma a promover uma notificação de incidentes mais frequente, na questão 7 foram apresentadas 10 afirmações, com o intuito de aprofundar conhecimento acerca do objetivo específico descrito anteriormente. Essas afirmações foram avaliadas pelos inquiridos, segundo a perspetiva dos mesmos, conforme referido no capítulo anterior, correspondendo a:

- “Divulgação da existência da plataforma Her+ junto de todos os colaboradores” (Gráfico 50).

A concordância com a afirmação assume uma maioria nas respostas obtidas (49 respostas), com uma taxa de 81,67%. A discordância em relação à afirmação assume uma taxa de 8,33%, com 5 respostas.

Após análise, concluímos que esta sugestão/estratégia é validada segundo a perspetiva da amostra, para a questão em estudo. Esta informação vai ao encontro do que foi referido da análise à variável “Desconhecimento acerca da existência da plataforma Her+.” (Gráfico 46) na questão 6. Embora esta não tenha sido validada, volta novamente a assumir uma relevância em relação à informação apresentada ao longo do estudo. Corroboramos também a validação da variável “Utilização de outras formas de notificação de incidentes.” (Gráfico 49), uma vez que com a divulgação da referida plataforma, as causas para se recorrer a outras formas de notificação poderão ter tendência a diminuir.

- “Promoção frequente da importância da notificação de incidentes” (Gráfico 51).

53 indivíduos selecionaram opções de concordância com a afirmação apresentada (88,33%), sendo que a discordância com a afirmação recai sobre 3,33% das respostas, com 2 indivíduos a selecionar estas opções.

Após análise, concluímos que esta sugestão/ação de melhoria é validada segundo a perspetiva da amostra, para a questão em estudo, corroborando a validação “Desconhecimento acerca da importância da notificação de incidentes.” (Gráfico 33) analisada anteriormente.

- “Formação acerca da utilização da plataforma Her+” (Gráfico 52).

47 indivíduos concordam com a afirmação (78,33%), estando 2 indivíduos (3,33%) em desacordo com a mesma.

Após análise, concluímos que esta sugestão/ação de melhoria é validada segundo a perspectiva da amostra, para a questão em estudo, mostrando uma vez mais a importância que as variáveis “Carência de formação acerca da utilização da plataforma Her+” (Gráfico 47) e “Utilização de outras formas de notificação de incidentes.” (Gráfico 49) assumem no estudo.

- “Formação acerca do tipo de situações a notificar” (Gráfico 53).

54 indivíduos selecionaram opções correspondentes à concordância com a afirmação (90%), tendo apenas um 1 indivíduo discordado da mesma (1,67%).

Após análise, concluímos que esta sugestão/ação de melhoria é validada segundo a perspectiva da amostra, para a questão em estudo. Esta validação demonstra a importância da variável validada anteriormente “Não valorização dos incidentes verificados.” (Gráfico 31). Embora a variável “Dificuldade/falha na identificação de incidentes” (Gráfico 30), não tenha sido validada anteriormente pela amostra, com a formação acerca do tipo de situações a notificar, a identificação de incidentes será facilitada, uma vez que os indivíduos ficarão mais despertos para as mesmas.

- “Promover e facilitar o acesso ao sistema informático” (Gráfico 54).

75% das respostas (45), recaiu nas opções de concordância com a afirmação, existindo 4 indivíduos que discordam da mesma (6,67%).

Após análise, concluímos que esta sugestão/ação de melhoria é validada segundo a perspectiva da amostra, para a questão em estudo. Embora anteriormente a variável “Dificuldade de acesso ao sistema informático.” (Gráfico 48) não tenha sido validada pelos indivíduos em estudo, para estes promover o acesso ao sistema informático não deixa de ser uma possível estratégia para resolver o problema em questão.

- “Promoção da notificação de incidentes por parte das chefias” (Gráfico 55).

A concordância com a afirmação corresponde a 88,33% das respostas obtidas (53 indivíduos). Por sua vez, verificou-se uma taxa de discordância de 5%, com 3 indivíduos a selecionar estas categorias de resposta.

Após análise, concluímos que esta sugestão/ação de melhoria é validada segundo a perspectiva da amostra, para a questão em estudo. Não tendo sido validadas as variáveis “Incitação por parte das chefias para a não realização de notificações.” (Gráfico 42) e “Postura negativa por parte das chefias face à notificação de incidentes.” (Gráfico 41), a amostra refere que a promoção da notificação por parte das chefias poderia ser uma estratégia para a o assunto em análise.

- “Reforçar que a notificação não é uma forma de ataque, nem advém consequências negativas da mesma, quer para quem notifica, quer para quem é notificado” (Gráfico 56).

88,33% das respostas (53 indivíduos) correspondem à concordância com a afirmação. Apenas 1 indivíduo discordou da mesma.

Após análise, concluímos que esta sugestão/ação de melhoria é validada segundo a perspectiva da amostra, para a questão em estudo. Esta estratégia correlaciona-se com as variáveis validadas anteriormente “Perceção errada quanto ao propósito da notificação.” (Gráfico 32); “Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais.” (Gráfico 39) e “Noção de estar a prejudicar alguém.” (Gráfico 40), demonstrando mais uma vez o seu peso para o estudo.

- “Promover um maior envolvimento dos intervenientes, no processo de análise e resolução do incidente” (Gráfico 57).

Não se verificou qualquer seleção nas opções de discordância com a mesma. A maioria das respostas recaiu na concordância com a afirmação, onde 54 indivíduos selecionaram opções correspondentes a esta vertente (90%).

Após análise, concluímos que esta sugestão/ação de melhoria é validada segundo a perspectiva da amostra, para a questão em estudo. Esta estratégia diz respeito à variável “Falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada.” (Gráfico 35) validada anteriormente, certificando assim a importância que a mesma assume para a amostra.

- “Comunicação ao notificador, acerca do desenvolvimento do processo de análise e resolução do incidente” (Gráfico 58).

Não se verificaram respostas de discordância face à afirmação apresentada. A concordância com a afirmação assume a maior taxa de resposta com 90%, onde 54 indivíduos selecionaram opções correspondentes a esta posição.

Após análise, concluímos que esta sugestão/ação de melhoria é validada segundo a perspectiva da amostra, para a questão em estudo. Mais uma vez, esta estratégia diz respeito à variável “Falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada.” (Gráfico 35), validada anteriormente, certificando assim a importância que a mesma assume para a amostra. Esta estratégia pode ainda assumir um papel fulcral na diminuição da variável validada “Falta de motivação.” (Gráfico 45).

- “Divulgação da resolução dos problemas apresentados” (Gráfico 59).

Nenhum indivíduo discordou da afirmação. A concordância assume um papel predominante nas respostas obtidas, com 57 indivíduos a assinalarem as opções correspondentes a esta opinião, constituindo uma taxa de 95%.

Após análise, concluímos que esta sugestão/ação de melhoria é validada segundo a perspectiva da amostra, para a questão em estudo. Mais uma vez esta estratégia relaciona-se com outras variáveis analisadas anteriormente, sendo estas “Desacreditação acerca de mudanças no sistema.” (Gráfico 37); “Ceticismo acerca da utilidade das notificações.” (Gráfico 36); “Falta de motivação.” (Gráfico 45) e “Falha e

demora na resposta aos problemas apresentados através da notificação.” (Gráfico 34), comprovando a preferência de validação das mesmas por parte da amostra.

Segundo as conclusões das respostas obtidas à questão 7, todas as sugestões/ações de melhoria apresentadas à amostra como opções que poderiam/deveriam surgir a nível Institucional, de forma a ultrapassar o problema em questão foram validadas, sendo agora orientadas e apresentadas, segundo a maior taxa de concordância obtida:

- “Divulgação da resolução dos problemas apresentados.” (Gráfico 59) - 95% (57 respostas);

- “Formação acerca do tipo de situações a notificar.” (Gráfico 53) – 90% (54 respostas);

- “Promover um maior envolvimento dos intervenientes, no processo de análise e resolução do incidente.” (Gráfico 57) – 90% (54 respostas);

- “Comunicação ao notificador, acerca do desenvolvimento do processo de análise e resolução do incidente.” (Gráfico 58) - 90% (54 respostas);

- “Reforçar que a notificação não é uma forma de ataque, nem advém consequências negativas da mesma, quer para quem notifica, quer para quem é notificado.” (Gráfico 56) – 88,33% (53 respostas);

- “Promoção da notificação de incidentes por parte das chefias” (Gráfico 55) – 88.33% (53 respostas);

- “Promoção frequente da importância da notificação de incidentes.” (Gráfico 51) - 88,33% (53 respostas);

- “Divulgação da existência da plataforma Her+ junto de todos os colaboradores.” (Gráfico 50) - 81,67% (49 respostas);

- “Formação acerca da utilização da plataforma Her+.” (Gráfico 52) – 78,33% (47 respostas);

- “Promover e facilitar o acesso ao sistema informático.” (Gráfico 54) – 75% (45 respostas).

Após análise das respostas segundo a ordenação face à taxa de concordância, é de salientar que as primeiras estratégias a surgir são as que se relacionam as funções da gestão do risco clínico, demonstrando assim o papel fundamental que a mesma desempenha na promoção da notificação de incidentes.

Refere-se ainda que nenhuma das estratégias apresentadas dá resposta às variáveis também validadas “Processo de notificação longo.” (Gráfico 38) e “Falta de tempo para a realização de notificações na plataforma Her+, durante o horário de trabalho.” (Gráfico 43).

CAPÍTULO 6 – CONCLUSÃO

Através da realização deste estudo foi possível identificar e compreender os constrangimentos sentidos pelos profissionais de saúde, que integram a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde em estudo, na notificação de incidentes.

Segundo a opinião dos mesmos, de acordo com as afirmações apresentadas, é através da notificação de incidentes que as equipas de gestão do risco clínico tomam conhecimento acerca dos mesmos, possibilitando o conhecimento acerca das suas causas e o impacto que estes apresentam, difundindo deste modo práticas seguras, promovendo consequentemente o aumento da cultura de segurança organizacional.

Em comparação com outros autores, verificamos uma consonância acerca desta temática, uma vez que referem a importância de conhecer quais as causas e qual o impacto dos incidentes, com o intuito de que o seu conhecimento possa prevenir incidentes futuros, promovendo deste modo, práticas seguras, tal como afirmam Fragata e Martins (2008).

No que diz respeito à sua perspetiva face à Unidade de Saúde em estudo, a maioria da amostra entende que, a notificação de incidentes assume um papel eficaz no que respeita à implementação de ações ou alterações de forma que se possa prevenir a reincidência de incidentes. Para os inquiridos, o processo de notificação de incidentes na sua instituição permite que se implementem ações ou alterações, viabilizando a alteração de comportamentos, procedimentos e/ou circuitos, que futuramente possam dar origem a novos incidentes.

Apesar dos participantes do estudo demonstrarem estar despertados para a importância da notificação de incidentes, esta verifica-se como pouco frequente, sendo que a perceção que os indivíduos apresentam acerca da mesma, nem sempre corresponde ao propósito para o qual serve na realidade. Além desta, surgiram outras causas, que os indivíduos identificaram como causas da subnotificação junto dos seus pares, onde se incluem: desacreditação acerca de mudanças no sistema; ceticismo acerca da utilidade das notificações; falta de motivação; falta de tempo para a realização de notificações na plataforma Her+, durante o horário de trabalho; não valorização dos incidentes verificados; desconhecimento acerca da importância da notificação de incidentes; carência de formação acerca da utilização da plataforma Her+; perceção errada quanto ao propósito da notificação; sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais; falha e demora na resposta aos problemas apresentados através da notificação; falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada; noção de estar a prejudicar alguém; utilização de outras formas de notificação de incidentes e processo de notificação longo.

O desafio que se coloca atualmente é o de atuar em equipa, uma vez que as questões da segurança dizem respeito a todos: prestadores, sistema, doentes e sociedade. No entanto, para que isso se torne uma realidade, tem de haver uma verdadeira mudança de mentalidade para se perceber que a ocultação do incidente corresponde a uma perda de oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento. Caso tal não se verifique, poderá ser prejudicada a qualidade dos cuidados, comprometendo também a segurança e satisfação dos doentes.

Com a realização do estudo foi também possível identificar ações de melhoria, que na perspetiva da amostra, para a realidade em que se inserem, poderiam vir a trazer uma mudança na problemática levantada aquando da realização do estudo.

Assim, para os indivíduos em estudo, a equipa de gestão do risco clínico deve atuar na resolução dos incidentes apresentados junto dos indivíduos participantes do processo de deteção e notificação dos mesmos, de forma a promover a envolvimento e *feedback*, motivando deste modo os profissionais a continuar a notificar as questões com que se deparam durante o atendimento ao doente, e deste modo diminuir o ceticismo em relação à notificação de incidentes e às mudanças no sistema. Também deverá ter tido em conta pela equipa de gestão do risco clínico a incitação da notificação de incidentes, assim como a formação acerca da plataforma disponibilizada e acerca do tipo incidentes a notificar, fomentando deste modo a presença de uma cultura de notificação de incidentes, e conseqüentemente um aumento da cultura de segurança organizacional. Esta ideia é reforçada pelas pesquisas efetuadas nesta área “ (...) o investimento na formação dos profissionais e na divulgação das medidas de melhoria na sequência do relato motivaram os profissionais para o relato e a sua adesão foi crescente ao longo dos anos (...)” (Ramos & Trindade, 2013, p. 14).

Também para os indivíduos em estudo, deve existir uma promoção da notificação de incidentes, não só por parte da equipa de gestão do risco clínico, mas também por parte das chefias. Gama e Saturno (2013) reforçam esta premissa, referindo que a liderança como um aspeto basilar a ter em conta na cultura de segurança, considerando que os líderes devem estar envolvidos no processo de gerar e renovar a cultura de segurança das organizações. A liderança deve ser estabelecida com o intuito de alertar, responsabilizar, capacitar e atuar em prol da segurança do doente. Difundir a segurança do doente demanda que haja motivação e compromisso por parte das equipas de gestão, fazendo com que os profissionais de saúde se sintam aptos a notificar situações em que entendem que os cuidados que vão prestar não serão seguros, independentemente da sua posição hierárquica (National Patient Safety Agency, 2004).

Segundo Fragata (2011), as organizações devem adquirir uma postura de preocupação com a segurança, uma cultura de aprendizagem contínua e a utilização de medidas redundantes de segurança, evidenciando a importância da declaração sistemática de incidentes, de modo que se possa conhecer a sua incidência e os seus mecanismos de ocorrência. Também o *Committee of Ministers* (2006) refere que reportar um incidente deve desencadear uma investigação aprofundada, de forma a identificar falhas do sistema, redesenhando-o para que se possa prevenir a sua reincidência. Fundamentalmente, o sistema deve conceber uma resposta visível e útil, de forma a justificar os recursos despendidos e a estimular os profissionais a reportar. O sistema de resposta é mais importante que o sistema de relato.

Os resultados obtidos são ainda fundamentados com um dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, 2015, p.9) onde se afirma que:

“(...) a notificação de incidentes é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades da organização, sendo a que melhor viabiliza a aprendizagem. Ainda assim, a subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo crucial dar informação de retorno ao notificador sobre a análise, medidas corretivas, públicas, pela transparência e confiança nos serviços de saúde. É crucial o apoio de dirigentes na aprendizagem organizacional e prevenção”.

Também no PNSD 2021-2026, no Pilar 4 - Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança, se retrata a importância desta temática, referindo que existem várias medidas a ser tomadas de forma a alcançar o objetivo de promover uma notificação de incidentes, entre os quais: “ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores da notificação; integração da notificação de incidentes de segurança nas metas contratualizadas pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde; e criação de um enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador” (DGS, 2022a, p. 33).

Durante a realização desta dissertação, surgiram algumas limitações importantes que devem ser mencionadas para melhor compreensão dos resultados obtidos e opções tomadas. Primeiramente, durante a fase empírica, foi necessário um grande esforço para ultrapassar as barreiras que surgiram aquando do lançamento do instrumento de recolha de dados na Unidade onde decorreu o estudo. Os profissionais de saúde demonstraram grande resistência na participação deste tipo de iniciativa. O aspeto referido levou à obtenção de um reduzido número de respostas na fase de recolha de informação através dos questionários. Uma vez que a taxa de resposta ao questionário foi de 20% (60 questionários respondidos), não assegurando a sua representatividade, embora tenham sido realizados diversos reforços numa tentativa de obtenção de maior número de resposta, a análise das respostas teve como base a análise de frequências, obtendo desta forma as conclusões para o estudo, não tendo sido possível a realização de testes estatísticos.

É ainda importante mencionar, que as conclusões obtidas com a realização deste estudo se reportam apenas à amostra estudada, não sendo possível a sua generalização a outras amostras com características idênticas.

Propõe-se a realização de um novo estudo acerca do mesmo tema, após a apresentação dos resultados desta dissertação, e após a implementação das ações de melhoria identificadas, de forma perceber se as mesmas foram efetivas, e onde possivelmente, tendo em conta o reforço da importância desta temática, se conseguisse obter um maior número de participantes no estudo, tornando a taxa de resposta mais representativa, viabilizando a realização de testes estatísticos de forma a aumentar a robustez do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional* (1st ed.). Universidade Aberta.
https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%20%281%c2%aa%20edi%c3%a7%c3%a3o_atualizada%29.pdf
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN_L_1977_Analise_de_conteudo_Lisboa_edicoes_70_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf
- Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal*. Coimbra Editora.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*.
<https://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia de investigação - Guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta.
- Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 3–10.
<https://run.unl.pt/bitstream/10362/98504/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico10a01%20-%20p3-10.pdf>
- Castilho, A. F. de O. M. (2014). *Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado: Contributos para a Política de Segurança*. [PhD Dissertation, Universidade do Porto] Repositório Institucional da Universidade do Porto.
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78357/2/34302.pdf>
- Claro, C. M., Krocokz, D. V. C., Toffolletto, M. C., & Padilha, K. G. (2011). Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(1), 167–172.
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xtQFBSZtVLprTm8zDkpL5JQ/?format=pdf&lang=pt>
- Coelho, P. S., & Esteves, S. P. (2007). The choice between a five-point and a ten-point scale in the framework of customer satisfaction measurement. *International Journal of Market Research*, 49(3), 313–339.
<https://www.hiba.edu.sy/FCKBIH/COELHO%202007%20The%20choice%20between%20a%20five-point%20and%20a%20ten%20points%20scale.pdf>
- Committee of Ministers. (2006). *Recommendation Rec (2006)7 of The Committee of ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Adopted by The Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th meeting of the Ministers Deputies*.
<https://rm.coe.int/09000016805ae8b5>

- Conselho da União Europeia. (2009). *Recomendações do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=EN)
- Costa, M. F. S. P. da. (2014). *Cultura de Segurança do Doente num Hospital da Região Centro, Perceção dos Profissionais*. [Master's thesis, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra] Repositório Institucional da Universidade de Coimbra. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27362/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Marina_pronta.pdf
- Cummins, R., & Gullone, E. (2000). Why we should not use 5-point Likert scales: the case for subjective quality of life measurement. *Second International Conference on Quality of Life in Cities, Singapore*. 74-93
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3rd Ed). Sage Publications. [https://www.google.pt/books/edition/The_SAGE_Handbook_of_Qualitative_Research/X85J8ipMpZEC?hl=pt-PT&gbpv=1&dq=denzin+nk+and+lincoln+ys.++\(2005\)+the+sage+handbook+of+qualitative+research.+4+ed.+london:+sage+publication.&printsec=frontcover](https://www.google.pt/books/edition/The_SAGE_Handbook_of_Qualitative_Research/X85J8ipMpZEC?hl=pt-PT&gbpv=1&dq=denzin+nk+and+lincoln+ys.++(2005)+the+sage+handbook+of+qualitative+research.+4+ed.+london:+sage+publication.&printsec=frontcover)
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II série, n.º 28. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* (Vol. 2) <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Vol2-Plano-nacional-de-saude-2004-2010.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012) a. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Sumário Executivo*. <http://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde (2012) b. *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*. Orientação n.º 025/2012 da Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2012/Dezembro/Orient_025_2012.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*. Norma n.º 008/2013 da Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. <https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2013/Maio/i019024.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*. Norma n.º 015/2014 da Direção-Geral da Saúde, Departamento da

- Qualidade na Saúde. <http://atuasaude.org/wp-content/uploads/2017/08/norma-n015-2014-dgs.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015) a. *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. <https://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015) b. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Direção-Geral Da Saúde. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2021, June 6). *Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 foi aprovado*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-de-acao-mundial-para-a-seguranca-do-doente-2021-2030-foi-aprovado.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022) a. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022) b. *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Diz, E. de F. D., & Gomes, M. J. A. R. (2008). Causas de erros na medicação. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 5–14. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2836/1/Causas%20de%20erro%20na%20medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114, 1115–1118. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2621255/mod_folder/content/0/DONABEDIAN_1990.pdf?forcedownload=1
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.
- Drennan, L. T., McConnell, A., & Stark, A. (2007). *Risk and Crisis Management in the Public Sector* (1st ed.). Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203815304/risk-crisis-management-public-sector-lynn-drennan-lynn-drennan-lynn-drennan-allan-mcconnell-alastair-stark>
- Dückers, M., Faber, M., Cruijsberg, J., Grol, R., Schoonhoven, L., & Wensing, M. (2009). Safety and Risk Management Interventions in Hospitals: A Systematic Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 66(6), 90–119. <https://doi.org/10.1177/1077558709345870>
- Elbeddini, A., Yeats, A., & Lee, S. (2020). Amid COVID-19: The importance of developing an positive adverse drug reaction (ADR) and medical device incident (MDI) reporting culture for Global Health and public safety. In *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 13(1), 1–4. <https://doi.org/10.1186/s40545-020-00219-1>
- Esteves, M. I. (2015). *Gestão de Risco – Análise de um Sistema de Registo de Incidentes e Eventos Adversos numa Unidade de Saúde*. [Master's thesis,

- Universidade da Beira Interior] Repositório Institucional da Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/6471/1/4485_8760.pdf
- Farley, D. O., Morton, S. C., Damberg, C. L., Fremont, A., Berry, S. H., Greenberg, M. D., Sorbero, M., Teleki, S. S., Ricci, K., & Pollock, N. K. (2005). *Assessment of the National Patient Safety Initiative: Context and Baseline Evaluation Report I*. RAND Corporation. https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR203.html
- Fernandes, A. M. M. L., & Queirós, P. J. P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 37–48. https://www.researchgate.net/publication/262458930_Cultura_de_Seguranca_d_o_Doente_percecionada_por_enfermeiros_em_hospitais_distritais_portuguese_s
- Foddy, W. (1996). *Como Perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Celta Editora.
- Fonseca, J. M. D. da. (2012). *Sistema de Notificação de Eventos Adversos numa Unidade de Saúde Hospitalar - Avaliação do Impacte da sua Aplicação*. [Master's thesis, Universidade de Évora] Repositório Institucional da Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/15913/1/Tese%20Sistema%20de%20notifica%c3%a7%c3%a3o....pdf>
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação - da concepção à realização*. (3rd ed.). Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Fragata, J. (2009). *Gestão do risco*. In Campos, L.; Borges, M.; Portugal, R. (2009) *Governança dos Hospitais*. (1st ed., p. 75-105) Casa das Letras.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes, Uma abordagem prática*. Lidel.
- Fragata, J., Ferreira, S., Santos, S., & Barros, P. P. (2006). *Risco Clínico Complexidade e Performance*. Edições Almedina.
- Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O Erro em Medicina, Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. (04/2014 ed.). Edições Almedina.
- Gama, Z. A. da S., & Saturno, P. J. (2013). A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática* (1st ed., pp. 29–40). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/Livro1-Assistencia_Segura.pdf
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados* (3rd Ed.). Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito: teoria e prática*. Celta Editora.
- Hamilton, E. C., Pham, D. H., Minzenmayer, A. N., Austin, M. T., Lally, K. P., Tsao, K. J., & Kawaguchi, A. L. (2018). Are we missing the near misses in the OR?—underreporting of safety incidents in pediatric surgery. *Journal of Surgical Research*, 221, 336–342. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2017.08.005>
- Harada, M. de J. C. S., & Pedreira, M. da L. G. (2013). O erro humano e sua prevenção. In *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática* (1st ed., pp. 41–

- 55). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. https://www.portaldoenfermagem.com.br/downloads/Livro1-Assistencia_Segura.pdf
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2nd ed.). Edições Sílabo, Lda.
- Kelley, E., & Aranaz, J. M. (2007). Safety Data for Safer Care: The Importance of International Consensus and Action. *Revista Calidad Asistencial*, 22(6), 317–326. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-13113632>
- Kohn, L. T., & Corrigan, J. M. & D. M. S. (2000). *To Err Is Human*. National Academies Press, Institute of Medicine. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 11–16. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98507/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico10a02%20-%20p11-16.pdf>
- Lawton, R., & Parker, D. (2002). Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), 15–18. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.15>
- Leape, L. L., Bates, D. W., Cullen, D. J., Cooper, J., Demonaco, H. J., Gallivan, T., Hallisey, R., Ives, J., Laird, N., Laffel, G., Nemeskal, R., Petersen, L. A., Porter, K., Servi, D., Shea, B. F., Small, S. D., Sweitzer, B. J., Thompson, T., & Vander Vliet, M. (1995). Systems Analysis of Adverse Drug Events. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 274, 35–43. <https://doi.org/10.1001/jama.274.1.35>
- Lee, W., Kim, S. Y., Lee, S. il, Lee, S. G., Kim, H. C., & Kim, I. (2018). Barriers to reporting of patient safety incidents in tertiary hospitals: A qualitative study of nurses and resident physicians in South Korea. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(4), 1178–1188. <https://doi.org/10.1002/hpm.2616>
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República. (2019). Diário da República: I série, n.º 169. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Minayo, M. C. de S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14th ed.). Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais Ministério da Saúde*. <https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>
- National Patient Safety Agency. (2004). *Seven Steps to Patient Safety*. www.npsa.nhs.uk/sevensteps
- Oliveira, J. (2005). Gestão do Risco Hospitalar - Perspectiva Profissional. *Revista Ordem Dos Enfermeiros*, n.º 19, 12–15. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/roe19/full-view.html>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Quality of care: patient safety*. Agenda item 13.9: Fifty-five World Health Assembly. <https://iris.who.int/handle/10665/78535>
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *World alliance for patient safety: forward programme, 2005*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241592443>

- Organização Mundial de Saúde. (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event ReportinG and Learning Systems*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1>
- Organização Mundial de Saúde. (2008) a. *Relatório Mundial de Saúde 2008 - Atenção Primária em Saúde, Agora Mais do Que Nunca*. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2008) b. *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*. <https://iris.who.int/handle/10665/349648>
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Patient Safety - Making health care safer*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-ng.pdf;jsessionid=2DE06018D426571B5B22E7D0B63AECB2?sequence=1>
- Pedrosa, V. C. B. V. (2018). *A Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários -Estudo de caso*. [PhD Dissertation, ISCTE Business School] Repositório Institucional do ISCTE. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/16386/4/phd_vanda_varela_pedrosa.pdf
- Pinto, I. F., Campos, C. J. G., & Siqueira, C. (2018). Investigação Qualitativa: Perspetiva Geral e Importância para as Ciências da Nutrição. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 14, 30–34. <https://doi.org/10.21011/apn.2018.1406>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos* (1st ed.). McGraw-Hill Interamerinaca.
- Pratas, A. R. P. A. (2018). *Fatores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no Serviço de Urgência*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra] Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Ramos, S., & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do Doente em Ambiente Hospitalar. *Dossiê Tecno Hospital*, 48, 16–20. <https://core.ac.uk/download/pdf/71738002.pdf>
- Ramos, S., & Trindade, L. (2013). Incidentes de segurança do doente. Porquê Relatar? *Tecno Hospital*, 60, 10–16. http://atuasaude.org/wp-content/uploads/2017/08/incidentes_de_seguranca_do_doente_porque_relata_r.pdf
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *National Institutes of Health*, 320(7237), 768–770. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
- Ribeiro, A. de J. P. (2018). *Práticas Preventivas e Ocorrência de Eventos Adversos: Perceção dos Enfermeiros*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra] Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Rodrigues, R. C. R. P. (2009). *Satisfação Global Aferida pelos Pacientes: uma Aplicação ao Serviço de Urgência*. [Master's thesis, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra] Repositório Institucional da Universidade de Coimbra.

- https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/12638/1/Tese_Mestrado%20em%20Gestao%20e%20Economia%20da%20Saude_Ruben%20Rodrigues_200910.pdf
- Saint, S., Meddings, J. A., Calfee, D., Kowalski, C. P., & Krein, S. L. (2009). Catheter-associated urinary tract infection and the Medicare rule changes. *Annals of Internal Medicine*, 150(12), 877–884. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-12-200906160-00013>
- Serrano, G. P. (1994). *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes*. La Muralla. S. A. https://conreactraul.weebly.com/uploads/2/2/9/5/22958232/investigacin_cualitativa.pdf
- Sousa, P. (2006). Patient Safety - A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318. https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7828/1/Patient%20safety_a%20necessidade%20de%20uma%20estrategia%20nacional.pdf
- Sousa, P. (2010). *Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados*. In C. A. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira, *TMQ Qualidade nº 1 A Qualidade numa perspetiva multi e interdisciplinar* (pp. 19-30). Edições Síliabo.
- Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 89-95. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19760/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202010%20-%20V.%20Tematico%20n10a10%20-%20p.89-95.pdf>
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos* (2nd ed.). Ediciones Morata, S L. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Investigacion-con-estudios-de-caso.pdf>
- Tavares, D. M. de O. C. (2006). *Escola e Identidade Profissional dos Técnicos de Cardiopneumologia - Um Estudo de Caso*. [PhD Dissertation, Universidade de Lisboa] Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/42137>
- Tsang, K. K. (2012). The use of midpoint on Likert Scale: The implications for educational research. *Hong Kong Teachers' Centre Journal*, 11, 121–130. https://www.academia.edu/5753485/The_Use_of_Midpoint_on_Likert_Scale_The_Implications_for_Educational_Research
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare - Strategies for the Real World*. Springer International Publishing. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-319-25559-0.pdf>
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th ed.). SAGE Publications.

ANEXOS

ANEXO 1

Ex.mo/ma Sr. ou Sr.^a

Chamo-me Ana Cláudia de Matos Milheiro, e encontro-me a realizar um estudo acerca dos impedimentos ao reporte de eventos adversos, verificados durante o atendimento ao doente, no âmbito da dissertação de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém. Ficaria muito grata se aceitasse participar. Sem a sua colaboração, não poderei prosseguir o estudo. Basta que conceda 5 a 10 minutos do seu tempo. Se estiver de acordo, responda às questões que lhe serão colocadas, de acordo com a sua perceção acerca do tema em estudo.

Solicito que responda a todas as questões, as quais serão tratadas com total confidencialidade. Não refira o seu nome em lado algum. As suas respostas são **completamente anónimas**. Nenhuma informação individual será divulgada, nem academicamente, nem junto da sua entidade patronal.

Caso surja alguma dúvida ou questão, não hesite em contactar-me.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Consentimento informado:

Declaro ter compreendido as informações escritas que me foram fornecidas sobre os objetivos do trabalho, bem como a garantia da possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação sem qualquer consequência.

Desta forma, ao continuar com a resposta à entrevista, assinalo a minha concordância, dou o meu consentimento para participar no estudo e pretendo prosseguir.

Guião para Entrevista

“Estudo Piloto: O que impede a notificação de incidentes, durante o atendimento ao doente?”

Categoria Profissional:

Grau de Escolaridade:

1. O que entende por “incidente”?
2. Conhece a plataforma digital para a notificação de incidentes?
 - a. Já utilizou essa plataforma?
 - i. Se sim, utiliza essa plataforma frequentemente?
 - b. Caso tenha respondido de forma negativa em relação à utilização da plataforma, quais são os motivos?
3. Na sua perspetiva, qual a importância de notificar a ocorrência de incidentes?
4. Compreende que, ao notificar um incidente, contribui para a melhoria da cultura de segurança da instituição onde trabalha?
5. Entende que as notificações de incidentes são resolvidas de forma objetiva e clara, tendo sempre em vista a melhoria da cultura de segurança institucional?
6. Verificou em algum caso de notificação de incidentes, que esta foi vista como um “ataque” a quem cometeu o “erro”?
7. Já alguma vez foi realizada alguma notificação acerca do seu trabalho?
 - a. Se sim, como se sentiu?
 - b. Como foi tratado o assunto por parte da sua chefia?
8. Junto dos seus pares, sente que existe uma cultura presente de notificação de incidentes?
 - a. Caso tenha respondido negativamente, quais os motivos que na sua perspetiva, levam a que não seja feita essa notificação?
9. Que alterações deveriam surgir a nível institucional, com o intuito de promover uma notificação de incidentes mais frequente?

Grata pela atenção e tempo dispensados.

Ana Cláudia Milheiro

ANEXO 2

Questionário

Notificação de incidentes em contexto de atendimento ao doente - Estudo de caso numa Unidade de Saúde em Portugal

Ex.mo/ma Sr. ou Sr.ª:

Chamo-me Ana Cláudia de Matos Milheiro, sou Enfermeira no [REDACTED], e encontro-me a efetuar um estudo acerca de eventuais constrangimentos à notificação de incidentes, verificados durante o atendimento ao doente, no [REDACTED].

Este estudo é realizado no âmbito da minha dissertação de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, do Instituto Politécnico de Santarém.

Ficaria muito grata se aceitasse participar, sem a sua colaboração não poderei prosseguir com o estudo. Basta que conceda 5 a 10 minutos do seu tempo. Responda às questões que lhe serão colocadas, de acordo com a sua perceção acerca do tema em estudo.

Solicito que responda a todas as questões, as quais serão tratadas com total confidencialidade. As suas respostas são completamente anónimas. Nenhuma informação individual será divulgada, nem academicamente, nem junto da sua entidade patronal. Caso surja alguma dúvida ou questão, não hesite em contactar-me.

Consentimento informado:

Declaro ter compreendido as informações escritas que me foram fornecidas sobre os objetivos do trabalho, bem como a garantia da possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação sem qualquer consequência. Desta forma, ao continuar com a resposta ao questionário, assinalo a minha concordância, dou o meu consentimento para participar no estudo e pretendo prosseguir.

***Obrigatório**

1. Categoria Profissional *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Auxiliar de Ação Médica
- Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- Enfermeiro
- Médico
- Administrativo

2. **Habilitações Literárias ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- 12º Ano
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento Outro
-

3. **Tempo de Serviço na Unidade onde Trabalha ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- Menos de 1 anoDe
- 1 a 3 anos
- De 4 a 6 anos Mais
- de 6 anos

4. **Faixa Etária ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- Menos de 30 anos
- 30-39 anos
- 40-49 anos
- 50-59 anos
- 60 anos ou mais

5. **Género ***

Marcar tudo o que for aplicável.

- Feminino
- Masculino

6. 1. Conhece a plataforma informática Her+, disponibilizada para a notificação de incidentes? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
 Não

7. 1.1. Já recorreu a essa plataforma após a verificação de um incidente?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
 Não

8. a) Caso tenha respondido de forma afirmativa à questão anterior, com que frequência utiliza a plataforma?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Só utilizei uma vez
 Já utilizei mais do que uma vez, mas não o faço de forma frequente
 Recorro frequentemente à plataforma

9. b) Caso tenha respondido que nunca utilizou a plataforma, ou que a utiliza de forma pouco frequente, assinale a(s) resposta(s) que melhor se adequa(m) à sua situação:

Marcar tudo o que for aplicável.

- Notifico diretamente a minha chefia
 Notifico o incidente a profissionais de outra classe
 Confronto diretamente a pessoa que cometeu o "erro"
 Nunca senti necessidade de reportar um incidente
 Não tenho formação acerca do funcionamento da plataforma
 Notifico diretamente a direção do Hospital
 Não tomo nenhuma atitude quando verifico que acontece um incidente
 Outra

20. 4. Em algum momento, alguém realizou uma notificação acerca do seu trabalho? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
 Não

4.1. Caso tenha respondido de forma afirmativa à questão anterior:

21. a) Sentiu-se “atacado” ao terem realizado essa notificação?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
 Não

22. b) Experienciou algum tipo de reação negativa por parte da sua chefia, na abordagem à questão?

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
 Não

23. 4.2. Em alguma situação realizou uma notificação acerca do seu próprio trabalho? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
 Não

5. Relativamente ao modo como é vista a notificação de incidentes, classifique as seguintes afirmações de acordo com a sua perspetiva, tendo em consideração a escala apresentada.

1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo Parcialmente; 3 - Não Concordo, Nem Discordo; 4- Concordo Parcialmente; 5 - Concordo Totalmente.

32. Percepção errada quanto ao propósito da notificação. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

33. Desconhecimento acerca da importância da notificação de incidentes. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

34. Falha e demora na resposta aos problemas apresentados através da notificação. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

35. Falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

36. Ceticismo acerca da utilidade das notificações. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

37. Desacreditação acerca de mudanças no sistema. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

38. Processo de notificação longo. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

39. Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

40. Noção de estar a prejudicar alguém. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

41. Postura negativa por parte das chefias face à notificação de incidentes. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

42. Incitação por parte das chefias para a não realização de notificações. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

43. Falta de tempo para a realização de notificações na plataforma Her+, durante o horário de trabalho. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

44. Esquecimento. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

45. Falta de motivação. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

46. Desconhecimento acerca da existência da plataforma Her+. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

47. Carência de formação acerca da utilização da plataforma Her+. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

48. Dificuldade de acesso ao sistema informático. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

49. Utilização de outras formas de notificação de incidentes. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

7. As afirmações que se seguem dizem respeito a sugestões/estratégias que poderiam/deveriam surgir a nível Institucional, de forma a promover uma notificação de incidentes mais frequente. Segundo a sua perspetiva acerca da temática, classifique-as de acordo com a escala apresentada.

1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo Parcialmente; 3 - Não Concordo, Nem Discordo; 4- Concordo Parcialmente; 5 - Concordo Totalmente.

50. Divulgação da existência da plataforma Her+ junto de todos os colaboradores. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

51. Promoção frequente da importância da notificação de incidentes. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

52. Formação acerca da utilização da plataforma Her+. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

53. Formação acerca do tipo de situações a notificar. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

54. Promover e facilitar o acesso ao sistema informático. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

55. Promoção da notificação de incidentes por parte das chefias diretas. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

56. Reforçar que a notificação não é uma forma de ataque, nem advém consequências negativas da mesma, quer para quem notifica, quer para quem é notificado. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

57. Promover um maior envolvimento dos intervenientes do incidente, no processo de análise e resolução do mesmo. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

58. Comunicação ao notificador, acerca do desenvolvimento do processo de análise e resolução do incidente. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

59. Divulgação da resolução dos problemas apresentados. *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

Grata pela sua colaboração.

ANEXO 3

Pedido de Autorização para realização do estudo

Ana Cláudia Milheiro <ana.milheiro@[REDACTED]>

Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Tese de Mestrado

Ana Cláudia Milheiro <ana.milheiro@[REDACTED]> 14 de novembro de 2020 às 18:35
Para: Filipa Soeiro <ana.soeiro@[REDACTED]>
Cc: Helena Conduto <helena.conduto@[REDACTED]>, José António Piedade <jose.piedade@[REDACTED]>

Exma. Sra. Dra. Filipa Soeiro,

Eu, Ana Cláudia de Matos Milheiro, a desempenhar funções como Enfermeira Perioperatória no bloco operatório do [REDACTED], mestranda do 3º Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, do Instituto Politécnico de Santarém, pretendo desenvolver o meu trabalho final de mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Carla Vivas, docente da Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém, no qual se pretende identificar os motivos que levam à falta de notificação de incidentes.

Pretendo avaliar estas causas junto das equipas multidisciplinares que constituem o [REDACTED]. A notificação de incidentes é fundamental para a implementação de uma cultura de segurança organizacional, sendo esta a justificação para a escolha do tema.

Com o objetivo de efetuar a recolha de informação necessária para a realização do referido estudo, venho por este meio, solicitar a V. Ex.^a, autorização para a aplicação de uma entrevista e questionário realizados para o efeito, a Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Médicos e Administrativos do [REDACTED], a partir de Dezembro de 2020, conforme o desenrolar da elaboração da minha Dissertação de Mestrado.

O trabalho supracitado tem apenas finalidades académicas, pelo que serão salvaguardados a proteção dos direitos e liberdade dos indivíduos que estejam dispostos a colaborar nesta Investigação, de acordo com o regime de proteção de dados em vigor, assim como será mantido o anonimato da instituição em estudo. Os investigadores comprometem-se e garantem:

1. Serem verdadeiras todas as informações contidas no presente protocolo de investigação;
2. Assumir a liderança científica dos trabalhos e a responsabilidade associada ao desenvolvimento e implementação do mesmo;
3. Os dados recolhidos no estudo serão objeto da devida confidencialidade e serão tratados pela autora do estudo;
4. Os dados do estudo serão apenas usados para o fim a que o mesmo se destina;

5. Os resultados do estudo serão publicados na dissertação de mestrado, artigos científicos ou comunicações orais que daí possam advir;

Posteriormente, se assim vos parecer conveniente, divulgarei os resultados do estudo na instituição em local e data a designar oportunamente.

para qualquer esclarecimento, estarei disponível através do e-mail ana.milheiro@[REDACTED] ou através de contacto telefónico 926 320 026.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos,

Ana Cláudia Milheiro

ANEXO 4

Resposta ao pedido de Autorização para realização do estudo

Filipa Soeiro <ana.soeiro@[REDACTED]>

16 de novembro de 2020 às 10:19

Para: Ana Cláudia Milheiro <ana.milheiro@[REDACTED]>

Cc: Helena Conduto <helena.conduto@[REDACTED]>, José António Piedade <jose.piedade@[REDACTED]>

Bom Dia Enf. Ana Milheiro,

Em primeiro lugar parabéns pelo investimento na sua formação que certamente será muito enriquecedor.

Estou de acordo com aplicação do questionário mantendo a anonimização dos resultados.

Quando tiver os resultados diga-nos. Terei todo o interesse em agendar sessão para nos apresentar os mesmos.

Obrigada.

Filipa Soeiro

ANEXO 5

Codificação das Entrevistas

Entrevista	Categoria Profissional	Escolaridade	Questão 1	Questão 2	Questão 2 a.
1	1	2	1	1	1
2	1	2	1	1	1
3	2	1	1	1	2
4	2	2	1	1	2
5	3	2	1	1	1
6	3	3	1	1	1
7	4	1	1	1	2
8	4	2	1	1	2
9	5	2	1	2	2
10	5	2	1	1	1

Questão 2 a. i.	Questão 2 b.	Questão 3	Questão 4	Questão 5	Questão 6	Questão 7
1		1	3	2	2	2
2		2	1	3	2	2
	1; 5	3	1	1	1	2
	2; 5	4	1	1	2	2
2		4	2	2	1	2
1		4	3	2	1	2
	3	4	1	1	1	1
	4	4	1	1	1	1
	6	4	1	1	1	2
1		4	1	3	1	3

Questão 7 a.	Questão 7 b.	Questão 8	Questão 8 a.	Questão 9
		2	1; 2; 18	4; 6
		2	3; 18	4; 7
		2	4; 11	2;3
		2	5; 6; 11	5
		2	7; 9; 18; 19	1; 3; 4
		2	10	1
1	2	2	4; 11	3
1	1	2	8	2; 3
		2	12	2
	1	2	12; 13; 14; 15; 16; 17	1

Categoria Profissional	
1	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
2	Auxiliar de Ação Médica
3	Enfermeiro
4	Administrativo
5	Médico

Grau de Escolaridade	
1	12º Ano
2	Licenciatura
3	Superior a Licenciatura

Questão 1 - O que entende por incidente?	
1	Noção de incidente presente
2	Noção de incidente não presente

Questão 2 - Conhece a plataforma digital para a notificação de incidentes	
1	Conhece
2	Não conhece

Questão 2 - a. Já utilizou essa plataforma?	
1	Sim
2	Não

Questão 2 a. i. Se sim, utiliza essa plataforma frequentemente?	
1	Sim
2	Não

Questão 2 - b. Caso tenha respondido de forma negativa em relação à utilização da plataforma, quais são os motivos?	
1	Reporta os incidentes que verifica diretamente à chefia
2	Reporta os incidentes que verifica junto à equipa de enfermagem
3	Confronta diretamente a pessoa que cometeu o erro
4	Nunca sentiu necessidade de utilizar
5	Falta de formação acerca do funcionamento da plataforma
6	Desconhece a existência da plataforma

Questão 3. Na sua perspetiva, qual a importância de notificar a ocorrência de incidentes?	
1	Permite seguimento e acompanhamento do incidente
2	Não importante, porque não se verificam ações/alterações consequentes da notificação
3	Possibilita o registo do incidente (não existindo espaço para ocultações de informação)
4	Permite a alteração de comportamentos, procedimentos e circuitos que futuramente possam dar origem a novos incidentes

Questão 4. Compreende que, ao notificar um incidente, contribui para a melhoria da cultura de segurança da instituição onde trabalha?	
1	Sim
2	Não
3	Nem sempre

Questão 5. Entende que as notificações de incidentes são resolvidas de forma objetiva e clara, tendo sempre em vista a melhoria da cultura de segurança institucional?	
1	Sim
2	Não

3	Nem sempre
---	------------

Questão 6. Verificou em algum caso de notificação de incidentes, que esta foi vista como um “ataque” a quem cometeu o “erro”?	
1	Sim
2	Não

Questão 7. Já alguma vez foi realizada alguma notificação acerca do seu trabalho?	
1	Sim
2	Não
3	Notifiquei um erro que cometi

Questão 7 a. - Se sim, como se sentiu?	
1	Atacado

Questão 7 b. - Como foi tratado o assunto por parte da sua chefia?	
1	Sem represálias
2	Tom inquisidor na abordagem à questão

Questão 8. Junto dos seus pares, sente que existe uma cultura presente de notificação de incidentes?	
1	Sim
2	Não

Questão 8 a. Caso tenha respondido negativamente, quais os motivos que na sua perspetiva, levam a que não seja feita essa notificação?	
1	Indicação da chefia para não realizar determinadas notificações
2	Falta de <i>feedback</i>
3	Comunicar incidente à chefia apresenta solução mais rápida comparativamente à notificação na plataforma
4	Hábito de comunicar incidente diretamente à chefia
5	Hábito de comunicar incidente a profissionais de outra classe profissional
6	Dificuldade de acesso ao sistema informático
7	Medo de vir sofrer represálias
8	Sentimento de estar a "apontar o dedo" a alguém
9	Medo de vir a prejudicar quem cometeu o erro
10	Não notificam porque chefia fica contente quando não o fazem
11	Não sabe utilizar a plataforma
12	Desconhece a existência da plataforma
13	Desconhecimento acerca da importância da notificação
14	Processo moroso
15	Falta de motivação
16	Inexistência de consequências para o doente, quando se verificam determinados incidentes
17	Falta de tempo para realizar notificação durante o horário de trabalho
18	As pessoas sentem que não tem o resultado que é esperado
19	É visto como ataque, e não como forma de melhoria

Questão 9. Que alterações deveriam surgir a nível institucional, com o intuito de promover uma notificação de incidentes mais frequente?	
1	Chefias devem promover notificação
2	Formação acerca da plataforma
3	Reforçar que a notificação não é nenhuma forma de ataque, nem advém consequências negativas da mesma
4	Existência de <i>Feedback</i>
5	Promover o acesso de todos ao sistema informático
6	Maior envolvimento dos intervenientes do incidente, no processo de análise e resolução do mesmo
7	Promoção da notificação de forma mais frequente junto a todos os colaboradores, por parte da gestão de risco

Outras formas encontradas para notificar incidentes
Notificar diretamente a chefia
Notificar outras categorias profissionais
Falar diretamente com as pessoas
Notificar direção de produção por email

ANEXO 6

Categorização e distribuição das frequências de resposta ao questionário

Caracterização da amostra: Género; Faixa Etária; Categoria Profissional (% e valores absolutos).

		Menos de 30 anos		30/39 anos		40/49 anos		50/59 anos		60 anos ou mais		Total	
		%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq
Masculino	AAM	0,00	0,00	1,67	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,67	1,00
	TSDT	0,00	0,00	3,33	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,33	2,00
	Enfermeiros	1,67	1,00	5,00	3,00	0,00	0,00	1,67	1,00	0,00	0,00	8,33	5,00
	Médicos	0,00	0,00	1,67	1,00	5,00	3,00	0,00	0,00	10,00	6,00	16,67	10,00
	Administrativos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total	1,67	1,00	11,67	7,00	5,00	3,00	1,67	1,00	10,00	6,00	30,00	18,00
Feminino	AAM	5,00	3,00	3,33	2,00	3,33	2,00	3,33	2,00	0,00	0,00	15,00	9,00
	TSDT	1,67	1,00	3,33	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,00	3,00
	Enfermeiros	6,67	4,00	16,67	10,00	3,33	2,00	1,67	1,00	0,00	0,00	28,33	17,00
	Médicos	0,00	0,00	3,33	2,00	5,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,33	5,00
	Administrativos	1,67	1,00	8,33	5,00	0,00	0,00	3,33	2,00	0,00	0,00	13,33	8,00
	Total	15,00	9,00	35,00	21,00	11,67	7,00	8,33	5,00	0,00	0,00	70,00	42,00
Total		16,67	10,00	46,67	28,00	16,67	10,00	10,00	6,00	10,00	6,00	100,00	60,00

Distribuição da amostra por Categoria Profissional

Categoria Profissional	Frequência	Percentagem
Administrativo	8	13,33%
Médico	15	25,00%
Enfermeiro	22	36,67%
TSDT	5	8,33%
AAM	10	16,67%
Total	60	100%

Distribuição da amostra por Habilitações Literárias

Habilitação Literária	Frequência	Percentagem
Outro	4	6,67
Doutoramento	0	0,00
Mestrado	10	16,67
Licenciatura	37	61,67
12º Ano	9	15,00
Total	60	100,00

Distribuição da amostra por Tempo de Serviço na Unidade em Estudo

Tempo de Serviço	Frequência	Percentagem
Mais de 6 anos	21	35,00
De 4 a 6 anos	26	43,33
De 1 a 3 anos	7	11,67
Menos de 1 ano	6	10,00
Total	60	100,00

Distribuição da amostra por Faixa Etária

Faixa Etária	Frequência	Percentagem
60 anos ou mais	6	10,00
50/59 anos	6	10,00
40/49 anos	10	16,67
30/39 anos	28	46,67
Menos de 30 anos	10	16,67
Total	60	100,00

Distribuição da amostra por Género

Género	Frequência	Percentagem
Feminino	42	70%
Masculino	18	30%
Total	60	100%

1. Conhece a plataforma informática Her+, disponibilizada para a notificação de incidentes?

Conhecimento acerca da existência da plataforma	Frequência	Percentagem
Sim	49	81,67%
Não	11	18,33%
Total	160	100,0%

Distribuição do conhecimento acerca da existência da plataforma Her+, por categoria profissional

	Conhece		Não conhece		Total	
	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.
AAM	16,67	10,00	0,00	0,00	16,67	10,00
TSDT	8,33	5,00	0,00	0,00	8,33	5,00
Enfermeiros	36,67	22,00	0,00	0,00	36,67	22,00
Médicos	13,33	8,00	11,67	7,00	25,00	15,00
Administrativos	6,67	4,00	6,67	4,00	13,33	8,00
Total	81,67	49,00	18,33	11,00	100,00	60,00

1.1. Já recorreu a essa plataforma após a verificação de um incidente?

Utilização da plataforma	Frequência	Porcentagem
Sim	28	57,10%
Não	21	42,90%
Total	160	100,0%

a) Caso tenha respondido de forma afirmativa à questão anterior, com que frequência utiliza a plataforma?

Frequência de Utilização da plataforma	Frequência	Porcentagem
Só utilizei uma vez	6	21,4%
Já utilizei mais do que uma vez, mas não o faço de forma frequente	18	64,3%
Recorro frequentemente à plataforma	4	14,3%
Total	49	100,0%

b) Caso tenha respondido que nunca utilizou a plataforma, ou que a utiliza de forma pouco frequente, assinale a(s) resposta(s) que melhor se adequa(m) à sua situação:

Causas para a não utilização, ou utilização menos frequente da plataforma	Frequência
Notifico Diretamente a minha chefia	26
Notifico o incidente a profissionais de outra classe	9
Confronto diretamente a pessoa que cometeu o "erro"	8
Nunca senti necessidade de reportar um incidente	9
Não tenho formação acerca do funcionamento da plataforma	15
Notifico diretamente a direção do Hospital	5
Não tomo nenhuma atitude quando verifico que acontece um incidente	0
Outra	0

2. Segundo a escala apresentada, classifique as seguintes afirmações, no que respeita à importância da notificação de incidentes, de acordo com a sua perspetiva.

Considera importante a notificação de incidentes?

		Freq.	Percent.			
		1 - Não é importante	0	0,00		
		2- Às vezes importante	6	10,00		
		3 - Moderado	10	16,67		
44		4 - Importante	24	40,00	73,33	
		5 - Muito Importante	20	33,33		
		Total	60	100,00		

2.1. Segundo a escala apresentada, classifique as seguintes afirmações, no que respeita à importância da notificação de incidentes, de acordo com a sua perspetiva.

Na instituição onde trabalho, notificar incidentes não origina ações ou alterações que previnam a sua reincidência.

		Freq.	Percent.			
34		1 - Discordo Totalmente	15	25,00	56,67	
		2 - Discordo Parcialmente	19	31,67		
		3 - Não Concordo, Nem Discordo	17	28,33		
9		4 - Concordo Parcialmente	5	8,33	15,00	
		5 - Concordo Totalmente	4	6,67		
		Total	60	100,00		

Na Instituição onde trabalho, a notificação de incidentes viabiliza a alteração de comportamentos, procedimentos e/ou circuitos, que futuramente possam dar origem a novos incidentes.

		Freq.	Percent.			
7		1 - Discordo Totalmente	4	6,67	11,67	
		2 - Discordo Parcialmente	3	5,00		
		3 - Não Concordo, Nem Discordo	21	35,00		
32		4 - Concordo Parcialmente	22	36,67	53,33	
		5 - Concordo Totalmente	10	16,67		
		Total	60	100,00		

De um modo geral, notificar incidentes permite conhecer quais as suas causas e o impacto dos mesmos, promovendo deste modo práticas seguras.

		Freq.	Percent.		
2	1 - Discordo Totalmente	1	1,67	3,33	
	2 - Discordo Parcialmente	1	1,67		
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	4	6,67		
54	4 - Concordo Parcialmente	23	38,33	90,00	
	5 - Concordo Totalmente	31	51,67		
Total		60	1,00		

Genericamente, notificar incidentes contribui para um aumento da cultura de segurança organizacional.

		Freq.	Percent.		
1	1 - Discordo Totalmente	0	0,00	1,67	
	2 - Discordo Parcialmente	1	1,67		
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	3	5,00		
56	4 - Concordo Parcialmente	23	38,33	93,33	
	5 - Concordo Totalmente	33	55,00		
Total		60	100,00		

As organizações devem adquirir uma postura de preocupação com a segurança e uma cultura de aprendizagem contínua, evidenciando a importância da declaração sistemática de incidentes.

		Freq.	Percent.		
0	1 - Discordo Totalmente	0	0,00	0,00	
	2 - Discordo Parcialmente	0	0,00		
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	2	3,33		
58	4 - Concordo Parcialmente	16	26,67	96,67	
	5 - Concordo Totalmente	42	70,00		
Total		60	100,00		

A ocultação do erro corresponde a uma perda de oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento.

		Freq.	Percent.		
1	1 - Discordo Totalmente	0	0,00	1,67	
	2 - Discordo Parcialmente	1	1,67		
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	1	1,67		
58	4 - Concordo Parcialmente	13	21,67	96,67	
	5 - Concordo Totalmente	45	75,00		
Total		60	1,00		

3. Quanto à eficácia na resolução dos problemas apresentados através da notificação de incidentes, identifique as seguintes afirmações de acordo com a sua perspectiva, atendendo à escala apresentada.

Na Instituição onde trabalho, as notificações de incidentes são resolvidas de forma objetiva e clara.

		Freq.	Percent.	
6	1 - Discordo Totalmente	2	3,33	10,00
	2 - Discordo Parcialmente	4	6,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	29	48,33	
25	4 - Concordo Parcialmente	19	31,67	41,67
	5 - Concordo Totalmente	6	10,00	
Total		60	100,00	

Na Instituição onde trabalho, a análise da notificação de incidentes tem sempre em vista a melhoria da cultura de segurança organizacional.

		Freq.	Percent.	
5	1 - Discordo Totalmente	0	0,00	8,33
	2 - Discordo Parcialmente	5	8,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	13	21,67	
42	4 - Concordo Parcialmente	30	50,00	70,00
	5 - Concordo Totalmente	12	20,00	
Total		60	100,00	

Genericamente, a resposta ao risco detetado, passa pela definição e implementação de um plano de melhoria com o objetivo de o reduzir até um nível considerado aceitável.

		Freq.	Percent.	
3	1 - Discordo Totalmente	1	1,67	5,00
	2 - Discordo Parcialmente	2	3,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	12	20,00	
45	4 - Concordo Parcialmente	26	43,33	75,00
	5 - Concordo Totalmente	19	31,67	
Total		60	100,00	

4. Em algum momento, alguém realizou uma notificação acerca do seu trabalho?

Notificação acerca do seu trabalho	Frequência	Porcentagem
Sim	10	16,7%
Não	50	83,3%
Total	60	100,0%

4.1. Caso tenha respondido de forma afirmativa à questão anterior:

a) Sentiu-se “atacado” ao terem realizado essa notificação?

Sentimento de "ataque" face à notificação	Frequência	Percentagem
Sim	5	50,0%
Não	5	50,0%
Total	10	100,0%

b) Experienciou algum tipo de reação negativa por parte da sua chefia, na abordagem à questão?

Represália por parte da chefia	Frequência	Percentagem
Sim	2	20,0%
Não	8	80,0%
Total	10	100,0%

4.2. Em alguma situação realizou uma notificação acerca do seu próprio trabalho?

Notificação acerca do próprio trabalho	Frequência	Percentagem
Sim	7	11,7%
Não	53	88,3%
Total	60	100,0%

5. Relativamente ao modo como é vista a notificação de incidentes, classifique as seguintes afirmações de acordo com a sua perspetiva, tendo em consideração a escala apresentada.

Na Instituição onde trabalho, a notificação de incidentes é muitas vezes vista como um “ataque” a quem cometeu o “erro”, em vez de ser entendida como uma oportunidade de aprendizagem.

		Freq.	Percent.	
20	1 - Discordo Totalmente	10	16,67	33,33
	2 - Discordo Parcialmente	10	16,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	19	31,67	
21	4 - Concordo Parcialmente	13	21,67	35,00
	5 - Concordo Totalmente	8	13,33	
	Total	60	100,00	

Quando realizo notificações na plataforma seleciono a opção “Anônimo”, de forma evitar ser chamado à atenção ou vir a sofrer represálias.

		Freq.	Percent.	
31	1 - Discordo Totalmente	24	40,00	51,67
	2 - Discordo Parcialmente	7	11,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	20	33,33	
9	4 - Concordo Parcialmente	6	10,00	15,00
	5 - Concordo Totalmente	3	5,00	
Total		60	100,00	

Sinto-me culpado após realizar uma notificação acerca do trabalho de outra pessoa, pois penso poder estar a prejudicá-la.

		Freq.	Percent.	
36	1 - Discordo Totalmente	22	36,67	60,00
	2 - Discordo Parcialmente	14	23,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	14	23,33	
10	4 - Concordo Parcialmente	7	11,67	16,67
	5 - Concordo Totalmente	3	5,00	
Total		60	100,00	

Não realizo notificações acerca de “erros” por mim cometidos, porque receio que venha a afetar a minha avaliação de desempenho.

		Freq.	Percent.	
45	1 - Discordo Totalmente	34	56,67	75,00
	2 - Discordo Parcialmente	11	18,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	11	18,33	
4	4 - Concordo Parcialmente	2	3,33	6,67
	5 - Concordo Totalmente	2	3,33	
Total		60	100,00	

Tenho vergonha de notificar os meus “erros”.

		Freq.	Percent.	
48	1 - Discordo Totalmente	36	60,00	80,00
	2 - Discordo Parcialmente	12	20,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	12	20,00	
0	4 - Concordo Parcialmente	0	0,00	0
	5 - Concordo Totalmente	0	0,00	
Total		60	100,00	

6. Junto dos seus pares, sente que existe uma cultura presente de notificação de incidentes na plataforma Her+?

	Freq.	Percent.
Sim	17	28,33
Não	43	71,67
Total	60	100,00

6.1. Quanto aos motivos que na sua perspetiva, na instituição onde trabalha levam à não notificação de incidentes na plataforma Her+, classifique-os de acordo com a escala apresentada.

Dificuldade/falha na identificação de incidentes.

		Freq.	Percent.	
22	1 - Discordo Totalmente	7	11,67	36,67
	2 - Discordo Parcialmente	15	25,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	23	38,33	
15	4 - Concordo Parcialmente	15	25,00	25,00
	5 - Concordo Totalmente	0	0,00	
Total		60	100,00	

Não valorização dos incidentes verificadas.

		Freq.	Percent.	
11	1 - Discordo Totalmente	5	8,33	18,33
	2 - Discordo Parcialmente	6	10,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	21	35,00	
28	4 - Concordo Parcialmente	23	38,33	46,67
	5 - Concordo Totalmente	5	8,33	
Total		60	100,00	

Perceção errada quanto ao propósito da notificação.

		Freq.	Percent.	
8	1 - Discordo Totalmente	5	8,33	13,33
	2 - Discordo Parcialmente	3	5,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	25	41,67	
27	4 - Concordo Parcialmente	22	36,67	45,00
	5 - Concordo Totalmente	5	8,33	
Total		60	100,00	

Desconhecimento acerca da importância da notificação de incidentes.

		Freq.	Percent.	
16	1 - Discordo Totalmente	8	13,33	26,67
	2 - Discordo Parcialmente	8	13,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	16	26,67	
28	4 - Concordo Parcialmente	21	35,00	46,67
	5 - Concordo Totalmente	7	11,67	
Total		60	100,00	

Falha e demora na resposta aos problemas apresentados através da notificação.

		Freq.	Percent.	
12	1 - Discordo Totalmente	7	11,67	20,00
	2 - Discordo Parcialmente	5	8,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	24	40,00	
24	4 - Concordo Parcialmente	21	35,00	40,00
	5 - Concordo Totalmente	3	5,00	
Total		60	100,00	

Falta de envolvimento na análise e resolução da notificação realizada.

		Freq.	Percent.	
10	1 - Discordo Totalmente	5	8,33	20,00
	2 - Discordo Parcialmente	7	11,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	25	41,67	
23	4 - Concordo Parcialmente	19	31,67	38,33
	5 - Concordo Totalmente	4	6,67	
Total		60	100,00	

Ceticismo acerca da utilidade das notificações.

		Freq.	Percent.	
5	1 - Discordo Totalmente	1	1,67	8,33
	2 - Discordo Parcialmente	4	6,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	23	38,33	
32	4 - Concordo Parcialmente	21	35,00	53,33
	5 - Concordo Totalmente	11	18,33	
Total		60	100,00	

Desacreditação acerca de mudanças no sistema.

		Freq.	Percent.	
5	1 - Discordo Totalmente	2	3,33	8,33
	2 - Discordo Parcialmente	3	5,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	19	31,67	
36	4 - Concordo Parcialmente	32	53,33	60,00
	5 - Concordo Totalmente	4	6,67	
Total		60	100,00	

Processo de notificação longo.

		Freq.	Percent.	
11	1 - Discordo Totalmente	7	11,67	18,33
	2 - Discordo Parcialmente	4	6,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	29	48,33	
20	4 - Concordo Parcialmente	15	25,00	33,33
	5 - Concordo Totalmente	5	8,33	
Total		60	100,00	

Sentimento de medo de repercussões pessoais e profissionais.

		Freq.	Percent.	
19	1 - Discordo Totalmente	10	16,67	31,67
	2 - Discordo Parcialmente	9	15,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	16	26,67	
25	4 - Concordo Parcialmente	22	36,67	41,67
	5 - Concordo Totalmente	3	5,00	
Total		60	100,00	

Noção de estar a prejudicar alguém.

		Freq.	Percent.	
15	1 - Discordo Totalmente	10	16,67	25,00
	2 - Discordo Parcialmente	5	8,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	23	38,33	
22	4 - Concordo Parcialmente	18	30,00	36,67
	5 - Concordo Totalmente	4	6,67	
Total		60	100,00	

Postura negativa por parte das chefias face à notificação de incidentes.

		Freq.	Percent.	
27	1 - Discordo Totalmente	15	25,00	45,00
	2 - Discordo Parcialmente	12	20,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	20	33,33	
13	4 - Concordo Parcialmente	9	15,00	21,67
	5 - Concordo Totalmente	4	6,67	
Total		60	100,00	

Incitação por parte das chefias para a não realização de notificações.

		Freq.	Percent.	
34	1 - Discordo Totalmente	22	36,67	56,67
	2 - Discordo Parcialmente	12	20,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	19	31,67	
7	4 - Concordo Parcialmente	5	8,33	11,67
	5 - Concordo Totalmente	2	3,33	
Total		60	100,00	

Falta de tempo para a realização de notificações na plataforma Her+, durante o horário de trabalho.

		Freq.	Percent.	
11	1 - Discordo Totalmente	4	6,67	18,33
	2 - Discordo Parcialmente	7	11,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	20	33,33	
29	4 - Concordo Parcialmente	20	33,33	48,33
	5 - Concordo Totalmente	9	15,00	
Total		60	100,00	

Esquecimento.

		Freq.	Percent.	
20	1 - Discordo Totalmente	12	20,00	33,33
	2 - Discordo Parcialmente	8	13,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	20	33,33	
20	4 - Concordo Parcialmente	15	25,00	33,33
	5 - Concordo Totalmente	5	8,33	
Total		60	100,00	

Falta de motivação.

		Freq.	Percent.	
13	1 - Discordo Totalmente	7	11,67	21,67
	2 - Discordo Parcialmente	6	10,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	18	30,00	
29	4 - Concordo Parcialmente	23	38,33	48,33
	5 - Concordo Totalmente	6	10,00	
Total		60	100,00	

Desconhecimento acerca da existência da plataforma Her+.

		Freq.	Percent.	
23	1 - Discordo Totalmente	9	15,00	38,33
	2 - Discordo Parcialmente	14	23,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	14	23,33	
23	4 - Concordo Parcialmente	12	20,00	38,33
	5 - Concordo Totalmente	11	18,33	
Total		60	100,00	

Carência de formação acerca da utilização da plataforma Her+.

		Freq.	Percent.	
15	1 - Discordo Totalmente	6	10,00	25,00
	2 - Discordo Parcialmente	9	15,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	18	30,00	
27	4 - Concordo Parcialmente	16	26,67	45,00
	5 - Concordo Totalmente	11	18,33	
Total		60	100,00	

Dificuldade de acesso ao sistema informático.

		Freq.	Percent.	
26	1 - Discordo Totalmente	13	21,67	43,33
	2 - Discordo Parcialmente	13	21,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	22	36,67	
12	4 - Concordo Parcialmente	5	8,33	20,00
	5 - Concordo Totalmente	7	11,67	
Total		60	100,00	

Utilização de outras formas de notificação de incidentes.

		Freq.	Percent.	
15	1 - Discordo Totalmente	7	11,67	25,00
	2 - Discordo Parcialmente	8	13,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	25	41,67	
20	4 - Concordo Parcialmente	13	21,67	33,33
	5 - Concordo Totalmente	7	11,67	
Total		60	100,00	

7. As afirmações que se seguem dizem respeito a sugestões/estratégias que poderiam/deveriam surgir a nível Institucional, de forma a promover uma notificação de incidentes mais frequente. Segundo a sua perspetiva acerca da temática, classifique-as de acordo com a escala apresentada.

Divulgação da existência da plataforma Her+ junto de todos os colaboradores.

		Freq.	Percent.	
5	1 - Discordo Totalmente	1	1,67	8,33
	2 - Discordo Parcialmente	4	6,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	6	10,00	
49	4 - Concordo Parcialmente	18	30,00	81,67
	5 - Concordo Totalmente	31	51,67	
Total		60	100,00	

Promoção frequente da importância da notificação de incidentes.

		Freq.	Percent.	
2	1 - Discordo Totalmente	1	1,67	3,33
	2 - Discordo Parcialmente	1	1,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	5	8,33	
53	4 - Concordo Parcialmente	22	36,67	88,33
	5 - Concordo Totalmente	31	51,67	
Total		60	100,00	

Formação acerca da utilização da plataforma Her+.

		Freq.	Percent.	
2	1 - Discordo Totalmente	0	0,00	3,33
	2 - Discordo Parcialmente	2	3,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	11	18,33	
47	4 - Concordo Parcialmente	17	28,33	78,33
	5 - Concordo Totalmente	30	50,00	
Total		60	100,00	

Formação acerca do tipo de situações a notificar.

		Freq.	Percent.	
1	1 - Discordo Totalmente	0	0,00	1,67
	2 - Discordo Parcialmente	1	1,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	5	8,33	
54	4 - Concordo Parcialmente	20	33,33	90,00
	5 - Concordo Totalmente	34	56,67	
Total		60	1,00	

Promover e facilitar o acesso ao sistema informático.

		Freq.	Percent.	
4	1 - Discordo Totalmente	1	1,67	6,67
	2 - Discordo Parcialmente	3	5,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	11	18,33	
45	4 - Concordo Parcialmente	18	30,00	75,00
	5 - Concordo Totalmente	27	45,00	
Total		60	100,00	

Promoção da notificação de incidentes por parte das chefias diretas.

		Freq.	Percent.	
3	1 - Discordo Totalmente	1	1,67	5,00
	2 - Discordo Parcialmente	2	3,33	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	4	6,67	
53	4 - Concordo Parcialmente	19	31,67	88,33
	5 - Concordo Totalmente	34	56,67	
Total		60	100,00	

Reforçar que a notificação não é uma forma de ataque, nem advém consequências negativas da mesma, quer para quem notifica, quer para quem é notificado.

		Freq.	Percent.	
1	1 - Discordo Totalmente	0	0,00	1,67
	2 - Discordo Parcialmente	1	1,67	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	6	10,00	
53	4 - Concordo Parcialmente	16	26,67	88,33
	5 - Concordo Totalmente	37	61,67	
Total		60	100,00	

Promover um maior envolvimento dos intervenientes, no processo de análise e resolução do incidente.

		Freq.	Percent.	
0	1 - Discordo Totalmente	0	0,00	0,00
	2 - Discordo Parcialmente	0	0,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	6	10,00	
54	4 - Concordo Parcialmente	20	33,33	90,00
	5 - Concordo Totalmente	34	56,67	
Total		60	100,00	

Comunicação ao notificador, acerca do desenvolvimento do processo de análise e resolução do incidente.

		Freq.	Percent.	
0	1 - Discordo Totalmente	0	0,00	0,00
	2 - Discordo Parcialmente	0	0,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	6	10,00	
54	4 - Concordo Parcialmente	21	35,00	90,00
	5 - Concordo Totalmente	33	55,00	
Total		60	1,00	

Divulgação da resolução dos problemas apresentados.

		Freq.	Percent.	
0	1 - Discordo Totalmente	0	0,00	0,00
	2 - Discordo Parcialmente	0	0,00	
	3 - Não Concordo, Nem Discordo	3	5,00	
57	4 - Concordo Parcialmente	16	26,67	95,00
	5 - Concordo Totalmente	41	68,33	
Total		60	100,00	