

M

MESTRADO

GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES – RAMO: GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Cultura de Segurança do Doente nos Serviços de Urgência: Perceção dos Enfermeiros e Desafios para a Qualidade dos Cuidados

Joana Sofia da Cruz Costa

Cultura de Segurança do Doente nos Serviços de Urgência: Perceção dos Enfermeiros e Desafios para a Qualidade dos Cuidados

Autor

Joana Sofia da Cruz Costa

Orientadores

Professora Doutora Carminda Morais, Professora Coordenadora
Professora Doutora Cátia Santos, Professora Adjunta
Escola Superior de Saúde I Instituto Politécnico de Viana do Castelo

*Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações – Ramo:
Gestão de Unidades de Saúde pela Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico do Porto.*

Agradecimentos

A realização desta dissertação não teria sido possível sem o apoio, a colaboração e a inspiração de diversas pessoas e instituições que, de diferentes formas, contribuíram para este momento.

À **Professora Doutora Carminda Morais** e à **Professora Doutora Cátia Santos**, orientadoras desta dissertação de mestrado, pelo acompanhamento dedicado, pela paciência e pelos valiosos ensinamentos que foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho. A vossa orientação foi fundamental para superar os desafios e alcançar os objetivos propostos.

Ao **André** que foi sempre o meu apoio, e me mostrou que era capaz, incentivando-me sempre a fazer mais e melhor.

Aos meus filhos, **Salvador** e **Maria**, que são sem dúvida, a minha fonte de inspiração e amor incondicional.

Aos meus **Pais**, o meu profundo agradecimento pelo suporte e incentivo constantes, e por estarem sempre ao meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha **Família** e aos meus **Amigos**, pela amizade, pelo apoio emocional e pelos momentos de descontração que me ajudaram a manter o equilíbrio durante este processo. Um agradecimento especial, à **Sandra** e à **Lígia**, por toda a ajuda, incentivo e estímulo.

À **Escola Superior de Saúde**, do **Instituto Politécnico do Porto**, pelo suporte académico e pela estrutura oferecida, que possibilitaram a realização desta pesquisa. E, agradeço também, à **Escola Superior de Saúde**, do **Instituto Politécnico de Viana do Castelo**, na pessoa da Professora Mara Rocha, que se mostrou extremamente disponível e desempenhou um papel fundamental ao indicar as orientadoras para esta dissertação.

É com imensa gratidão que expresso o meu reconhecimento a todos que fizeram parte desta jornada...

O MEU MUITO OBRIGADO!

Resumo

A Cultura de Segurança do Doente (CSD) nos Serviços de Urgência (SU) reflete o conjunto de valores, atitudes e práticas que priorizam a prevenção de eventos adversos. Este estudo pretende avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a CSD nos SU de uma Unidade Local de Saúde no norte de Portugal.

Foi utilizada uma abordagem quantitativa, com recurso ao questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, versão 2.0. A amostra é composta por 77 enfermeiros para avaliar as dez dimensões da CSD definidas pela *Agency for Healthcare Research and Quality*.

A CSD foi considerada "fraca", com nove dimensões abaixo de 50% de respostas positivas. A Dimensão 2 - Dotação de Pessoal e Ritmo de Trabalho - alcançou 56%, enquanto a Dimensão 8 - Notificação de Eventos e a Dimensão 6 - Comunicação sobre Erro, registaram 10% e 18%, respetivamente. A classificação geral da segurança do doente variou entre "Fraca" (29,9%) e "Suficiente" (48,1%).

Os resultados revelam desafios estruturais e culturais, como sobrecarga de trabalho, subnotificação de incidentes e predomínio de cultura punitiva.

O fortalecimento da CSD é uma necessidade urgente nos SU, exigindo ações estratégicas alinhadas com o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Indicadores de Qualidade da Assistência à Saúde; Melhoria de Qualidade; Serviço Hospitalar de Emergência; Cuidados de Enfermagem

Abstract

The Patient Safety Culture (PSC) in Emergency Departments (ED) reflects the set of values, attitudes, and practices that prioritize the prevention of adverse events. This study aims to assess nurses' perceptions of PSC in the EDs of a Local Health Unit in northern Portugal.

A quantitative approach was used, employing the Hospital Survey on Patient Safety Culture, version 2.0. The sample consisted of 77 nurses to evaluate the ten PSC dimensions defined by the Agency for Healthcare Research and Quality.

Overall, the PSC was rated as "*weak*" with nine dimensions scoring below 50% positive responses. Dimension 2 - Staffing and Work Pace - reached 56%, while Dimension 8 - Event Reporting and Dimension 6 - Communication about Errors which obtained 10% and 18% positive responses, respectively.

The overall patient safety rating ranged between "Weak" (29.9%) and "Sufficient" (48.1%).

The results reveal structural and cultural challenges, such as excessive workload, underreporting of incidents, and the prevalence of a punitive culture.

Strengthening PSC is an urgent need in ED, which calls for strategic interventions aligned with the National Patient Safety Plan 2021–2026.

Keywords: Patient Safety; Quality Indicators, Health Care; Quality Improvement; Emergency Service, Hospital; Nursing Care

Siglas

ACSA – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ACSS – *Administração Central do Sistema de Saúde*

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

ANA – *American Nurses Association*

ARS – *Administração Regional de Saúde*

CES – *Comissão de Ética para a Saúde*

CSD – *Cultura de Segurança do Doente*

DALYs – *Disability-Adjusted Life Years*

DGS – *Direção-Geral da Saúde*

EA – *Evento Adverso*

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ED – *Emergency Departments*

ENTQS – *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*

ERNST – *European Researchers' Network Working on Second Victims*

EUA – *Estados Unidos da América*

FA – *Frequência Absoluta*

FR – *Frequência Relativa*

GBD – *Global Burden of Disease*

GPAS – *Guidelines for the Provision of Anaesthetic Services*

HFMEA – *Healthcare Failure Modes and Effects Analysis*

HIPAA – *Health Insurance Portability and Accountability Act*

HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

IA – *Inteligência Artificial*

IACS – *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde*

ICN – *International Council of Nurses*

ILC – *Infeção no Local Cirúrgico*

INEM – *Instituto Nacional de Emergência Médica*

INE – *Instituto Nacional de Estatística*

IOM – *Institute of Medicine*

ISBAR – *Identification-Situation-Background-Assessment-Recommendation*

ISO – *International Organization for Standardization*

ISQua – *International Society for Quality in Health Care*

JCI – *Joint Commission International*

Me – Mediana

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAGSD – Plano de Ação Global para a Segurança do Doente

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – *Patient Safety Culture*

RCA – *Root Cause Analysis*

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS® – *Statistical Package for the Social Sciences*

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TAS – Técnico Auxiliar de Saúde

TQM – *Total Quality Management*

VBHC – *Value-Based Healthcare*

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ULS – Unidade Local de Saúde

YLLs – *Years of Life Lost*

YLDs – *Years Lived with Disability*

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Enquadramento Teórico..... | 5 |
| 2.1. Risco em Saúde | 5 |
| 2.1.1. Impacto do Risco em Saúde: Os Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs)..... | 5 |
| 2.1.2. Gestão do Risco Clínico: Da Qualidade em Saúde à Cultura de Segurança do Doente..... | 8 |
| 2.2. Qualidade em Saúde: Uma Realidade para uma Cultura de Segurança do Doente | 10 |
| 2.2.1. Modelos e Indicadores de Qualidade em Saúde | 12 |
| 2.2.1.1. Os indicadores de desempenho e os <i>Benchmarks</i> Nacionais e Internacionais..... | 13 |
| 2.2.1.2. A Importância das Entidades de Acreditação..... | 17 |
| 2.3. A Cultura de Segurança do Doente como Um Pilar Estratégico | 19 |
| 2.3.1. A Segunda e Terceira Vítima na Cultura de Segurança do Doente | 20 |
| 2.3.2. Cultura de Segurança do Doente em Contextos Hospitalares..... | 21 |
| 2.3.3. Cultura de Segurança do Doente dos Cuidados de Saúde nos Serviços de Urgência | 22 |
| 2.3.4. Literacia em Saúde na Cultura de Segurança do Doente | 23 |
| 2.3.4.1. Literacia em Saúde da Comunidade e o Empoderamento na Cultura de Segurança | 23 |
| 2.3.5. Governação Clínica na Cultura de Segurança do Doente | 24 |
| 2.3.5.1. Aspectos Jurídicos e de Compensações em Eventos Adversos..... | 25 |
| 2.3.6. Plano Nacional para a Segurança do Doente em Portugal..... | 26 |
| 2.3.6.1. Desafios na Implementação de uma Cultura de Segurança | 27 |
| 2.3.6.2. Estratégias para Promoção da Cultura de Segurança..... | 28 |
| 3. Métodos | 30 |
| 3.1. Questão de Investigação e Objetivos | 30 |
| 3.2. Abordagem Metodológica e Tipo de Estudo..... | 31 |
| 3.3. Meio do Estudo | 32 |
| 3.4. População e Amostra..... | 33 |
| 3.5. Variáveis | 34 |
| 3.6. Procedimento de Recolha de Dados..... | 34 |
| 3.6.1. Instrumento de Recolha de Dados | 35 |
| 3.6.1.1. Questionário <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)</i> | 36 |
| 3.7. Processamento e Análise dos Resultados | 40 |
| 3.8. Considerações Éticas da Investigação | 41 |

| | |
|--|-----|
| 4. Resultados | 43 |
| 4.1. Análise Quantitativa das Características Sociodemográficas e Profissionais | 43 |
| 4.1.1. Número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses | 44 |
| 4.1.2. Associação entre o número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses ($n = 77$) e a sua categoria profissional..... | 45 |
| 4.1.3. Classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros | 46 |
| 4.1.4. Associação entre a classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros ($n = 77$) e o serviço onde exercem as suas funções | 46 |
| 4.1.5. Análise descritiva do número de eventos de segurança do doente notificados nos últimos 12 meses e da classificação do serviço em relação à segurança do doente atribuído pelos enfermeiros..... | 47 |
| 4.2. Análise Quantitativa das Dimensões do Questionário HSOPSC, versão 2.0..... | 48 |
| 4.2.1. Análise descritiva por dimensão do HSOPSC, versão 2.0..... | 49 |
| 4.2.2. Associação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros (idade, experiência no serviço e na instituição; $n = 77$) e as dez dimensões do questionário HSOPSC, versão 2.0 | 50 |
| 4.2.3. Associação entre a variável serviço (SUMS vs SUB) ($n = 77$) e as dez dimensões do HSOPSC, versão 2.0 | 51 |
| 4.3. Análise de Conteúdo dos Resultados do Questionário HSOPSC, versão 2.0 | 52 |
| 5. Discussão..... | 56 |
| 6. Conclusão | 85 |
| Referências Bibliográficas..... | 87 |
| Anexos | 98 |
| Anexo I – Autorização da Mestre Elsa Freitas para a utilização do Questionário HSOPSC, versão 2.0 .. | 98 |
| Anexo II – Questionário HSOPSC, versão 2.0 | 100 |
| Apêndice | 106 |
| Apêndice I – Tabela da Análise de Conteúdo..... | 106 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses | 45 |
| Figura 2 – Classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros | 46 |
| Figura 3 – Distribuição percentual da tipologia de respostas por dimensão do HSOPSC, versão 2.0 (Dimensão 1: Trabalho em equipa; Dimensão2: Dotação de pessoal e ritmo de trabalho; Dimensão 3: Aprendizagem organizacional – melhoria contínua; Dimensão 4: Resposta ao erro; Dimensão 5: Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do doente; Dimensão 6: Comunicação sobre erro; Dimensão 7: Abertura da comunicação; Dimensão 8: Notificação de eventos de segurança do doente; Dimensão 9: Suporte da gestão do hospital para a segurança do doente; Dimensão 10: Transferências e troca de informações) | 48 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – O impacto dos DALYs a nível nacional e internacional (GBD, 2021) | 6 |
| Tabela 2 – Modelos de qualidade [Donabedian (1980) vs. Deming (1986) vs. Porter (2010)]..... | 12 |
| Tabela 3 – Comparação de indicadores de segurança do doente com <i>benchmarks</i> internacionais (OCDE, 2025), nacionais (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro) ao nível da taxa de IACS, erros de medicação e reingresso 72 horas | 14 |
| Tabela 4 – <i>Benchmarks</i> da AHRQ (2024), de Portugal (estudo de adaptação e validação do HSOPSC, versão 2.0, de Freitas et al. (2025) e da média da OCDE (2024) de acordo com as dimensões do HSOPSC, versão 2.0 | 16 |
| Tabela 5 – A relação entre as 10 dimensões, o número de itens e as afirmações do HSOPSC, versão 2.0 (Sorra et al., 2021; Freitas et al., 2025) | 37 |
| Tabela 6 – Número de eventos notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses e a classificação do serviço quanto à de segurança do doente atribuída pelos enfermeiros | 39 |
| Tabela 7 – Características sociodemográficas e profissionais ($n=77$ enfermeiros) | 43 |
| Tabela 8 – Associação entre o número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses ($n=77$) e a sua categoria Profissional | 45 |
| Tabela 9 – Associação entre a classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros ($n=77$) e o serviço (SUMC vs SUB) ondem exercem as suas funções | 47 |
| Tabela 10 – Análise descritiva do número de eventos de segurança do doente notificados nos últimos 12 meses e da classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros | 47 |
| Tabela 11 – Análise descritiva por dimensão do HSOPSC, versão 2.0 | 49 |
| Tabela 12 – Associação entre as variáveis sociodemográfica (idade, experiência no serviço e experiência na organização) dos enfermeiros ($n=77$) e as dez dimensões do HSOPSC, versão 2.0 | 50 |
| Tabela 13 – Associação da variável serviço (SUMC vs SUB) ($n=77$) com as dez dimensões do HSOPSC, versão 2.0 | 51 |

1. Introdução

A segurança do doente é um pilar fundamental da qualidade em saúde, emergindo como uma prioridade global face à crescente complexidade dos sistemas de saúde e às evidências de que os Eventos Adversos (EA) evitáveis representam uma carga significativa para os doentes, profissionais e organizações (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2023).

A CSD, abrange dimensões como a comunicação transparente e aberta, o trabalho em equipa, a notificação não punitiva de EA e a aprendizagem organizacional, sendo essencial para promover ambientes de cuidados seguros e resilientes (Sammer et al., 2010; Kim & Yoo., 2022).

A nível global, a OMS (2023) estima que cerca de 1 em cada 10 doentes é afetado por EA em cuidados de saúde, com mais de 3 milhões de mortes anuais atribuídas a cuidados inseguros. Para além disso, sabe-se que ocorre aproximadamente 134 milhões de EA por ano em hospitais de países de baixo e médio rendimento, contribuindo para 2,6 milhões de mortes, sendo que mais de 50% destes EA são evitáveis através de uma CSD consolidada e práticas robustas de segurança (OMS, 2023; Bates et al., 2023).

Em Portugal, a segurança do doente tem vindo a ganhar relevância com a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021–2026, que alinha as políticas nacionais com as metas globais da OMS, de forma a reduzir os EA evitáveis e a reforçar a confiança no sistema de saúde (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro; Silva et al., 2025).

Dados do PNSD 2021–2026 e de relatórios nacionais revelam que os SU são palco de uma proporção significativa destes incidentes, com estudos que indicam uma taxa de EA de 12,5% em hospitais públicos, dos quais 39,7% estão relacionados com as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), 26,7% com procedimentos cirúrgicos e 9,8% com a medicação (Silva et al., 2025), o que sublinha a necessidade de investigações locais para compreender dinâmicas específicas e propor soluções adaptadas.

No SU, o desafio é agravado pela natureza dinâmica e imprevisível do ambiente, com elevada rotatividade de doentes, diversidade de patologias e pressão sobre os enfermeiros, criando condições propícias ao erro (Fernandes & Tareco, 2016). Para Silva et al. (2025), contextos de alta pressão, como os SU, apresentam desafios como sobrecarga operacional, falhas de comunicação e gestão ineficaz de fluxos, elevando o risco de EA. Um estudo português refere que 60,8% dos doentes com EA prolongaram a hospitalização em média por 9,6 dias, gerando custos adicionais estimados em 1,9 milhões de euros (Silva et al., 2025).

A CSD emerge como um constructo essencial, promovendo valores, atitudes e comportamentos que priorizam a minimização de EA e a aprendizagem organizacional, de forma a contribuir para a mitigação de riscos, promover a melhoria contínua e assegurar a excelência nos cuidados prestados (Sammer et al.,

2010; Kim & Yoo, 2022). Este cenário reforça a urgência de fortalecer a CSD nos SU, incentivando práticas que atenuem os riscos e melhorem os resultados clínicos, sendo influenciada por fatores como sobrecarga de trabalho, rotatividade de profissionais, gestão ineficaz de fluxos de doentes e limitação de recursos tecnológicos, em contextos de cuidados críticos em Portugal. Apenas 40,6% dos enfermeiros percebem a CSD como positiva, com domínios como resposta não punitiva a erros (25,7%) e dotação de pessoal (28,1%) identificados como áreas frágeis (Furtado et al., 2023; Rocha et al., 2023).

O PNSD 2021–2026, instituído pela Direção-Geral da Saúde (DGS), estabelece um enquadramento estratégico para promover uma CSD robusta em todas as unidades de saúde, incluindo as locais, com metas como um aumento de 20% nas notificações de incidentes até 2026 e redução de pelo menos 30% em taxas específicas de IACS (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) enfrenta desafios estruturais como o envelhecimento demográfico, a escassez de recursos humanos e as desigualdades no acesso a cuidados de saúde entre regiões urbanas e rurais, exigindo políticas nacionais robustas para garantir a qualidade e a resiliência do sistema. Mais especificamente, na região norte, as Unidades Locais de Saúde (ULS) defrontam-se com dificuldades características, como a dispersão geográfica das populações, o envelhecimento demográfico e a sobrecarga sazonal dos SU, que testam a capacidade de resposta e a resiliência organizacional (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro). Estes fatores regionais, aliados à complexidade dos contextos de urgência, tornam pertinente a análise da cultura de segurança nestes serviços, não apenas como uma questão operacional, mas também como um reflexo das políticas nacionais de qualidade em saúde (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

A qualidade em saúde, enquanto conceito multidimensional, abrange eficácia, eficiência, equidade e centralidade no doente, avaliada por modelos como o de Donabedian (1980) e indicadores de desempenho (Silva et al., 2025). Estes desafios destacam a necessidade de estratégias integradas que combinem uma CSD robusta, governação clínica eficaz e promoção da literacia em saúde, capacitando os doentes a participarem ativamente na sua segurança (Prates et al., 2021).

A governação clínica surge como *framework* que integra gestão de qualidade e segurança, promovendo responsabilização e melhoria contínua (Scally & Donaldson, 1998). No contexto português, estruturas como as comissões de qualidade e segurança, previstas no PNSD 2021–2026, são centrais na implementação de políticas e monitorização de indicadores (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro), apesar das barreiras como resistência cultural, escassez de recursos e heterogeneidade na adesão às normas, especialmente em meios hospitalares (Brás et al., 2023).

A literacia em saúde, componente estratégica do PNSD 2021–2026 é igualmente crítica, uma vez que doentes informados são mais capazes de identificar riscos, aderir a tratamentos e comunicar eficazmente com os profissionais (Costa et al., 2024). Assim, a interseção entre CSD, qualidade em saúde, governação clínica e literacia constitui um campo relevante, com implicações na redução de EA [globalmente, *diagnostic errors* afetam 5–20% das interações médico-doente, e quedas hospitalares ocorrem em 3–5 por 1000 dias–cama (OMS, 2023)] e a melhoria de resultados clínicos (Costa et al., 2024).

A OMS (2024) defende que uma CSD positiva pode reduzir até 50% dos EA evitáveis até 2030, uma meta ambiciosa que exige intervenções específicas em contextos de alta complexidade como os SU. Em Portugal, a CSD varia entre instituições e departamentos, sendo mais frágil nos SU devido a condições operacionais adversas (Freitas et al., 2025), pelo que, 57,9% dos enfermeiros em cuidados críticos não notificaram EA nos últimos 12 meses (Rocha et al., 2023). Por sua vez, os EA a medicamentos em meios hospitalares afetam 1,46–1,88% dos doentes internados (Silva et al., 2025).

O sistema de saúde português enfrenta pressões crescentes devido ao envelhecimento populacional, prevalência de doenças crónicas e limitação de recursos, tornando a investigação sobre segurança do doente pertinente (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro). Neste sentido, compreender as dinâmicas da CSD neste contexto é crucial para identificar boas práticas, superar barreiras e implementar estratégias que promovam a segurança e a qualidade.

Este trabalho de investigação tem como objetivos analisar a CSD dos SU de uma ULS da região norte, explorando as perceções dos profissionais de saúde, os fatores que influenciam a CSD e as estratégias para a sua promoção, com o propósito de cumprir os requisitos para a obtenção do grau de Mestre.

A relevância deste estudo reside em múltiplas dimensões. A investigação sobre a CSD nos SU responde a uma lacuna de conhecimento no contexto das ULS da região norte, onde os estudos disponíveis tendem a focar-se em grandes hospitais ou em análises nacionais generalizadas. Ao centrar-se numa unidade específica, este trabalho oferece uma perspetiva granular, identificando fatores locais como a organização das equipas, os recursos e as perceções dos enfermeiros. A relevância prática alinha-se ao PNSD 2021–2026, que incentiva a avaliação e o fortalecimento da CSD como compromisso nacional com a qualidade.

Os resultados podem fornecer à ULS dados concretos para ajustar práticas, melhorar a formação e alinhar-se às metas do PNSD 2021–2026, reduzindo os EA, a satisfação dos doentes e das equipas de enfermagem.

A nível académico, este estudo enriquece a literatura sobre CSD em contextos de urgência, uma temática com grande relevância em Portugal, contribuindo para o fortalecimento de uma base sólida para futuras intervenções que reforcem a segurança e a qualidade nos serviços de saúde portugueses. Ao utilizar uma abordagem quantitativa, com recurso ao questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), versão 2.0, esta dissertação também oferece uma base comparativa com investigações nacionais e internacionais, potenciando o diálogo entre realidades locais, nacionais e globais.

Para tal, o enquadramento teórico aborda o risco clínico, a gestão do risco clínico, a qualidade em saúde, a CSD tanto em ambiente hospitalar como em contexto mais específico como os SU, reforçando a importância da literacia em saúde e a governação clínica na segurança do doente, com enfoque no PNSD 2021-2026. Esta estrutura visa proporcionar uma análise abrangente e integrada, fundamentada em literatura recente e relevante, que sustente a reflexão crítica sobre a CSD num contexto regional.

A presente investigação alinha-se com as prioridades do PNSD 2021-2026 e com as metas globais da OMS, contribuindo para o avanço do conhecimento científico e para a melhoria das práticas assistenciais. Ao abordar a CSD nos SU de uma ULS da região norte, este estudo procura não apenas responder a uma lacuna na literatura nacional, mas também oferecer contributos práticos para a gestão da qualidade e segurança em saúde, num momento em que os sistemas de saúde enfrentam desafios sem precedentes (Prates et al., 2021).

Em suma, este trabalho de investigação pretende lançar luz sobre as complexidades da CSD nos SU, promovendo uma reflexão crítica sobre o papel dos profissionais, das lideranças e das políticas de saúde na construção de cuidados mais seguros e centrados no doente.

2. Enquadramento Teórico

A CSD constitui um pilar fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde, especialmente em contextos de alta pressão como os SU, onde a complexidade, a imprevisibilidade e a intensidade assistencial desafiam a capacidade de resposta das equipas.

Definida pela AHRQ como o conjunto de valores, atitudes, perceções e comportamentos que determinam o compromisso com a segurança do doente numa organização (Sorra et al., 2019), a CSD é essencial para minimizar EA e promover cuidados centrados no doente.

Este enquadramento teórico aborda a CSD como pilar estratégico para a redução de EA em saúde, explorando conceitos como risco clínico, gestão de riscos, qualidade em saúde, literacia em saúde, governação clínica e o impacto do PNSD 2021-2026, com ênfase em estratégias para promover práticas seguras e mitigar os impactos humanos e económicos dos EA em contextos hospitalares, especialmente nos SU.

2.1. Risco em Saúde

O risco em saúde é definido como a probabilidade de ocorrência de um EA que provoque malefício ao doente, ao profissional de saúde ou ao sistema de saúde, combinada com a gravidade das suas consequências, sendo que estes eventos podem incluir erros de medicação, IACS, quedas, falhas de comunicação, complicações cirúrgicas, entre outros (Vincent & Amalberti, 2016).

Segundo a OMS (2021), os riscos em saúde estão inerentes à complexidade dos sistemas de cuidados, que envolvem múltiplos atores, tecnologias e processos interdependentes.

O risco pode ser classificado em:

- Risco clínico: relacionado diretamente aos cuidados prestados, como erros de diagnóstico ou administração incorreta de medicamentos;
- Risco organizacional: decorrentes de falhas em processos, como falta de padronização ou comunicação ineficaz entre as equipas;
- Risco sistémico: associados a fatores externos, como a escassez de recursos ou políticas inadequadas;
- Risco emergente: ligados a novas tecnologias, como erros em sistemas de Inteligência Artificial (IA) ou ciberataques a registos eletrónicos de saúde (Verma et al., 2024).

Estes riscos, quando não são geridos adequadamente, comprometem a segurança do doente e a qualidade dos cuidados, reforçando a necessidade de estratégias sistemáticas de prevenção e mitigação em sistemas de saúde complexos.

2.1.1. Impacto do Risco em Saúde: Os Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALYs)

Os riscos em saúde, como erros de medicação, IACS e complicações cirúrgicas, geram impactos significativos, mensuráveis pelos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade, do inglês DALYs (*Disability-Adjusted Life Years*) uma métrica desenvolvida pela OMS que combina os *Years of Life Lost* (YLLs) e os *Years Lived with Disability* (YLDs), permitindo quantificar o fardo humano e económico dos EA em cuidados de saúde (OMS, 2021).

A *Tabela 1* compara o impacto dos DALYs perdidos a nível nacional e internacional em 2021 devido a EA em cuidados de saúde.

Tabela 1 - O impacto dos DALYs a nível nacional e internacional (GBD, 2021)

| Contexto | DALYs Perdidos (2021) | Principais Causas | Estratégias de Mitigação |
|---------------|--------------------------|----------------------------|--|
| Nacional | 5-10% em cuidados agudos | IACS, estadias prolongadas | PNSD 2021-2026, suporte à segunda vítima |
| Internacional | 4,8 milhões | IACS, erros de medicação | Protocolos não punitivos, literacia em saúde |

A nível nacional, 5-10% dos DALYs em cuidados agudos resultam de IACS e estadias prolongadas em internamento, com o PNSD 2021-2026 e suporte à segunda vítima como estratégias de mitigação. A nível internacional, 4,8 milhões de DALYs são atribuídos a IACS e erros de medicação, combatidos por protocolos não punitivos e promoção da literacia em saúde [*Global Burden of Disease* (GBD, 2021)].

O estudo do GBD de 2021 estima que os EA relacionados com tratamentos médicos resultaram em cerca de 4,8 milhões de DALYs perdidos, com uma taxa padronizada por idade de 64,2 por 100.000 habitantes, sendo 80,0% deste fardo concentrado em países de baixo e médio rendimento, onde limitações em infraestruturas, formação e recursos agravam os EA evitáveis (GBD, 2021; OMS, 2023).

Estes incidentes contribuem para uma perda anual de 0,7% no crescimento económico global, decorrente de custos diretos, como tratamentos adicionais e prolongamento de internamentos, e indiretos, como perda de produtividade, um impacto agravado pelo envelhecimento populacional e pela multimorbilidade, que elevaram os DALYs totais em 14,2% entre 1990 e 2021 (Murray & Lopez, 2013; Slawomirski & Klazinga, 2022).

Apesar dos dados acima apresentados, em Portugal, os valores referentes aos DALYs associados a EA são limitados, mas revelam um fardo significativo, especialmente em contextos de alta complexidade como os SU, onde a pressão operacional, a elevada rotatividade de doentes e as falhas de comunicação amplificam os riscos (Vincent & Amalberti, 2016).

Estima-se que as IACS representam 5-10% dos DALYs em cuidados agudos, com custos elevados devido a internamentos prolongados, em média por 9,6 dias, e impactos financeiros estimados em milhões de euros anuais (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro; Silva et al., 2025).

Segundo Oliveira et al. (2024), no seu estudo, calculou 1.033 DALYs perdidos por Infeções no Local Cirúrgico (ILC) e uma taxa total de 117 DALYs por 100.000 habitantes para ILC, destacando que as doenças não transmissíveis, frequentemente agravadas por EA, respondem por 86% dos DALYs totais no país em 2021.

Relatórios recentes da DGS e do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) indicam que a prevalência de IACS em hospitais portugueses varia entre 8-10%, com maior incidência em populações envelhecidas, e em regiões como o norte, onde a dispersão geográfica e a sobrecarga sazonal dos SU agravam os riscos (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro; ECDC, 2025).

Nos SU do SNS, estima-se que cerca de 20% dos EA hospitalares estão relacionados com erros de medicação e atrasos de diagnóstico, o que contribui para incapacidades prolongadas e mortes evitáveis, aumentando significativamente os anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) (Vincent & Amalberti, 2016; Fernandes & Tareco, 2016). Mais de 50% dos EA identificados nos SU são considerados evitáveis, especialmente em áreas como administração de medicamentos, procedimentos cirúrgicos e comunicação interprofissional, evidenciando a necessidade de políticas de segurança robustas (Vincent & Amalberti, 2016).

A métrica DALYs reforça a necessidade de intervenções sistémicas, como a implementação de sistemas de notificação não punitiva e o suporte a profissionais afetados emocionalmente por EA, conceito conhecido como segunda vítima (Sammer et al., 2010). O *European Researchers' Network Working on Second Victims* (ERNST), financiado pela *COST Action CA19113* (2020-2024), estima que 10-43% dos profissionais de saúde sofrem impactos psicológicos após EA, como ansiedade, culpa ou *burnout*, o que indiretamente eleva os DALYs ao comprometer a qualidade dos cuidados e a aumentar a rotatividade (Carrillo et al., 2022; Mira et al., 2024).

Estratégias como programas de apoio psicológico, *debriefings* e formação em resiliência, recomendadas pelo ERNST, mostraram potencial para reduzir estes impactos em até 80% em cuidados primários, promovendo uma CSD mais robusta (Nyadoo et al., 2020; Ong et al., 2025).

A nível económico, em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), onde Portugal está incluído, mais de 1 em cada 10 euros gastos em saúde é direcionado para tratar consequências de falhas de segurança, com potencial para evitar milhares de DALYs através de práticas alinhadas com os melhores padrões internacionais (OCDE, 2024).

Um relatório da OCDE (2024) indica que, no Reino Unido, a adoção de práticas de segurança entre as 10% melhores nações poderia prevenir 15.835 anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) anuais, uma meta relevante para Portugal através da implementação de sistemas como os *Communication and Resolution Programs*. Estes programas promovem a transparência e as compensações proativas nos Estados Unidos da América (EUA), que reduziram litígios em 36% e custos legais em 59% (Kachalia et al., 2016; OCDE, 2024).

A integração da literacia em saúde, um eixo estratégico do PNSD é crucial para reduzir os DALYs, uma vez que doentes informados têm maior capacidade de identificar erros e aderir a tratamentos, diminuindo o risco de EA evitáveis (Prates et al., 2021). Projeções para 2025 sugerem que a implementação plena do PNSD, combinada com inovações como sistemas de IA para previsão de riscos e programas de empoderamento comunitário, poderia reduzir o fardo de DALYs em 20–30% em contextos hospitalares portugueses, especialmente em SU, onde a complexidade operacional exige intervenções específicas (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro; Verma et al., 2024).

A integração de DALYs em relatórios nacionais, como o SNS (2025), é essencial para priorizar investimentos em entidades de acreditação e estratégias de suporte à segunda vítima, promovendo um sistema de saúde mais resiliente e equitativo, alinhado às metas globais da OMS para redução de 50% dos EA evitáveis até 2030 (OMS, 2021; OMS, 2024).

Tendo em conta os riscos em saúde identificados, a gestão do risco clínico inicia-se com a implementação de estratégias sistemáticas para mitigar potenciais EA.

2.1.2. Gestão do Risco Clínico: Da Qualidade em Saúde à Cultura de Segurança do Doente

A gestão de risco em saúde refere-se ao processo sistemático de identificação, avaliação, priorização e mitigação de riscos para melhorar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados (McGowan et al., 2023).

A gestão do risco tem as seguintes etapas:

- Identificação de riscos: reconhecer potenciais fontes de EA, como falhas de equipamentos, erros humanos ou barreiras organizacionais (McGowan et al., 2023);
- Análise e avaliação: determinar a probabilidade e o impacto de cada risco, utilizando ferramentas como a *Healthcare Failure Modes and Effects Analysis* (HFMEA) ou a Matriz de Risco (McGowan et al., 2023);
- Mitigação: implementar estratégias para reduzir a probabilidade ou o impacto dos riscos, como *checklists*, simulação e treino ou tecnologias preditivas (McGowan et al., 2023);

- Monitorização e revisão: avaliar continuamente a eficácia das intervenções e ajustar estratégias com base em novos dados ou incidentes (McGowan et al., 2023).

Este processo é estruturado em etapas fundamentais, conforme *frameworks* como o Plano de Ação Global para a Segurança do Doente (PAGSD 2021–2030; OMS, 2021).

A gestão de risco em saúde é um pilar essencial da qualidade em saúde, pois contribui diretamente para a dimensão de segurança proposta pelo *Institute of Medicine* (IOM, 2001), e está intrinsecamente ligada à CSD, pois depende de uma abordagem não punitiva, comunicação aberta e aprendizagem contínua com EA (Sorra et al., 2021). Uma cultura de segurança robusta facilita a gestão de risco ao promover:

- Notificação proativa de incidentes: sistemas de relato anónimo, como o *Patient Safety Learning System*, incentivam a identificação precoce de riscos (Cerrone et al., 2025);
- Aprendizagem com os erros: a *Root Cause Analysis* (RCA) e a revisão de EA permitem identificar falhas sistémicas em vez de culpar indivíduos;
- Envolvimento multiprofissional: equipas interdisciplinares colaboram para avaliar e mitigar riscos, alinhando-se à dimensão de trabalho em equipa da cultura de segurança (Hamilton et al., 2020).

Existem variadas ferramentas que são amplamente utilizadas na gestão de risco em saúde:

- *Healthcare Failure Modes and Effects Analysis* (HFMEA): identifica falhas potenciais em processos antes que ocorram, como em fluxos de administração de medicamentos (McGowan et al., 2023);
- *Root Cause Analysis*: investiga EA para identificar causas subjacentes, como falhas de comunicação ou treino inadequado (Hamilton et al., 2020);
- Matriz de Risco: classifica os riscos com base na probabilidade e impacto, orientando a priorização das intervenções;
- *Checklists* de segurança: padronizam processos críticos, como os usados em cirurgias ou administração de medicamentos de alto risco;
- Sistemas preditivos baseados em IA: algoritmos que analisam dados em tempo real para prever EA, como a deterioração clínica ou as infeções (Verma et al., 2024).

A implementação eficaz da gestão de risco enfrenta barreiras significativas, tais como:

- Falta de recursos: a escassez de profissionais de saúde e tecnologia dificulta a identificação e mitigação de riscos (Kruk et al., 2018);
- Resistência cultural: os profissionais podem evitar relatar incidentes devido ao medo de punição ou estigma, comprometendo a transparência (Mahmoud et al., 2023);
- Complexidade dos sistemas: a interdependência de processos em saúde aumenta a dificuldade de prever e gerir todos os riscos (Vincent & Amalberti, 2016);

- Adoção de tecnologias: embora a IA tenha potencial, a falta de validação clínica e integração com fluxos de trabalho pode gerar novos riscos (Micco et al., 2025);
- Desigualdades regionais: em Portugal, os hospitais regionais enfrentam maior dificuldade em implementar sistemas de gestão de risco devido a limitações de infraestrutura (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

Estratégias baseadas em evidências para gerir os riscos em saúde incluem:

- Formação contínua: treino em simulação para cenários de alto risco, melhoram a resposta a incidentes (Kim & Yoo, 2022);
- Padronização de processos: protocolos e *checklists* reduzem a variabilidade e os erros humanos (Armstrong et al., 2022);
- Tecnologias preditivas: sistemas de IA que monitorizam sinais vitais em tempo real para prevenir complicações (Verma et al., 2024);
- Envolvimento do doente: educar os doentes sobre sinais de alarme e incentivar a sua participação ativa no plano de cuidados (Lee et al., 2017);
- Liderança proativa: líderes que promovem uma cultura de segurança não punitiva e alocam recursos para gestão de risco (Horváth & Molnár, 2021).

O PNSD 2021-2026 da DGS enfatiza a gestão de risco por meio da implementação de sistemas de notificação de incidentes e da formação das equipas multidisciplinares, com foco na redução de IACS e erros de medicação (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

A gestão de risco em saúde é um componente fulcral da qualidade em saúde e da CSD, pois permite identificar e mitigar ameaças que comprometem os cuidados de saúde. Em Portugal, iniciativas como o PNSD 2021-2026 reforçam a importância de sistemas estruturados de gestão de risco, sendo a integração de inovações tecnológicas e *frameworks* globais cruciais para avançar na criação de sistemas de saúde mais seguros e resilientes.

2.2. Qualidade em Saúde: Uma Realidade para uma Cultura de Segurança do Doente

A qualidade em saúde é um conceito multidimensional que visa garantir a prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos, conforme definido pelo IOM (2001). Este conceito evoluiu significativamente nas últimas décadas, com foco crescente na segurança do doente, reconhecida como um pilar essencial para sistemas de saúde de alto desempenho. A CSD refere-se ao conjunto de valores, atitudes, perceções e comportamentos compartilhados por

profissionais de saúde que determinam o compromisso com a gestão de risco e a prevenção de EA (Sammer et al., 2010).

A qualidade em saúde, conforme estruturada pelo IOM (2001), é definida por seis dimensões fundamentais:

- Segurança: evitar EA aos doentes durante a prestação de cuidados;
- Eficácia: fornecer serviços baseados em evidências científicas a todos que possam beneficiar;
- Centralidade no doente: respeitar as preferências, necessidades e valores dos doentes;
- Oportunidade: reduzir atrasos na prestação de cuidados;
- Eficiência: evitar desperdícios de recursos, como tempo, equipamentos ou medicamentos;
- Equidade: garantir cuidados consistentes, independentemente do género, etnia, localização ou condição socioeconómica. Estas dimensões orientam a avaliação e melhoria dos sistemas de saúde, sendo a segurança do doente um elemento central.

Para Kruk et al. (2018), a qualidade em saúde vai além do cumprimento de protocolos clínicos, valorizando a experiência do doente e a resiliência do sistema de saúde quando confrontado com situações de crise. Pelo que, a OMS (2021) destaca que a qualidade em saúde deve ser mensurável por indicadores como mortalidade evitável, taxas de readmissão hospitalar e satisfação do doente.

A qualidade em saúde é um conceito dinâmico que procura otimizar os resultados clínicos e a experiência do doente nos cuidados baseados em evidências e práticas centradas na segurança, por sua vez, a CSD é um componente crítico deste processo, pois estabelece as bases para a prevenção de erros e a promoção de um ambiente de cuidado confiável (Kruk et al., 2018). De acordo com Braithwaite et al. (2019), a qualidade em saúde depende de sistemas robustos de governação clínica e de uma cultura organizacional que priorize a segurança.

Hamilton et al. (2020) destacam que os sistemas de saúde de alta qualidade reforçam a cultura de segurança ao investir em formação, tecnologia e processos padronizados, o que contribui para a eficácia e a eficiência dos cuidados. A centralidade no doente é uma dimensão chave da qualidade, pois é reforçada quando os profissionais priorizam a segurança, promovendo a confiança dos doentes no sistema de saúde.

A qualidade em saúde e a CSD são interdependentes, exigindo uma abordagem sistémica que combine liderança, formação, tecnologia e envolvimento do doente. A implementação de uma cultura de segurança robusta é essencial para reduzir EA e melhorar os resultados clínicos, alinhando-se com as dimensões de qualidade propostas pelo IOM (2001), reforçando a necessidade de estratégias baseadas

em evidências e adaptadas aos contextos locais para superar barreiras e promover cuidados de saúde mais seguros e eficazes.

2.2.1. Modelos e Indicadores de Qualidade em Saúde

Os modelos de qualidade em saúde orientam a avaliação e a melhoria dos cuidados, promovendo segurança, eficiência e centralidade no doente.

Na Tabela 2, estão descritos os modelos de qualidade segundo Donabedian (1980), Deming (1986) e Porter (2010).

Tabela 2 – Modelos de qualidade [Donabedian (1980) vs. Deming (1986) vs. Porter (2010)]

| Modelos | Foco Principal | Aplicação em CSD |
|--------------------|---|---|
| Donabedian (1980) | Estrutura–Processo–Resultado | Avaliação sistemática de riscos e indicadores em SU. |
| Deming (1986) TQM | Melhoria contínua e participação | Promoção de aprendizagem organizacional não punitiva. |
| Porter (2010) VBHC | Valor para o doente (resultados/custos) | Redução de EA para otimizar recursos em ULS. |

Donabedian (1980) propôs o modelo clássico da tríade “*estrutura–processo–resultado*”, que continua a ser uma referência fundamental para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, estruturando a qualidade em saúde em três componentes essenciais:

- Estrutura (recursos físicos e humanos, como equipamentos e profissionais qualificados);
- Processo (atividades clínicas e administrativas, como adesão a *guidelines*);
- Resultado (resultados clínicos e satisfação dos doentes).

Este modelo permite uma avaliação sistemática da qualidade, sendo amplamente aplicado em auditorias e estudos de melhoria contínua (Donabedian, 1980).

Para além do modelo de Donabedian, outros *frameworks* complementares ganharam relevância, tal como, o modelo de *Total Quality Management (TQM)* que enfatiza a melhoria contínua, a gestão participativa e a centralidade do doente, promovendo uma cultura organizacional orientada para a excelência (Deming, 1986).

O modelo de *Value-Based Healthcare (VBHC)*, proposto por Porter (2010), foca-se na maximização do valor para o doente, medido pela relação entre os resultados clínicos e os custos associados. Este modelo

tem sido adotado em sistemas de saúde europeus, incluindo Portugal, para otimizar recursos e melhorar os resultados (Silva et al., 2025).

Os indicadores de qualidade são ferramentas essenciais para monitorizar e avaliar o desempenho dos serviços de saúde. Segundo o Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro, os indicadores podem ser classificados em três tipos:

- Indicadores de estrutura: como o rácio de enfermeiros/doentes ou disponibilidade de tecnologias de diagnóstico;
- Indicadores de processo: como a taxa de adesão a protocolos de prevenção de infeções;
- Indicadores de resultado: como as taxas de mortalidade ajustada, reingresso hospitalar ou incidência de EA evitáveis.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007), destaca indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, como a prevalência de úlceras de pressão e quedas, que refletem diretamente a qualidade e segurança dos cuidados. A literatura aponta que a implementação de indicadores deve ser acompanhada de sistemas de auditoria e *feedback* para promover a melhoria contínua (Sousa, 2013), contudo, desafios como a falta de padronização e a sobrecarga administrativa podem limitar a sua eficácia, especialmente em contextos de alta pressão como os SU (Berça & Veiga-Branco, 2022).

Fernandes e Tareco (2016), sublinham a importância de sistemas de informação robustos para a recolha e análise de indicadores, embora apontem desafios como a falta de interoperabilidade entre plataformas e a sobrecarga administrativa para os profissionais. A literatura também enfatiza a necessidade de alinhar os indicadores com padrões internacionais, como os definidos pela OMS e pela *Joint Commission International (JCI)*, para garantir comparabilidade e fiabilidade (OMS, 2024; JCI, 2024). Todavia, a implementação de indicadores enfrenta barreiras, incluindo a resistência cultural à monitorização e a necessidade de formação contínua para garantir a sua correta utilização (Furtado et al., 2023).

Os modelos e indicadores de qualidade em saúde são ferramentas essenciais para avaliar e melhorar o desempenho dos serviços de saúde, garantindo a segurança, a eficiência, a eficácia e a satisfação do doente, sendo essencial a comparação de indicadores e resultados com os *benchmarks* nacionais e internacionais.

2.2.1.1. Os indicadores de desempenho e os *Benchmarks* Nacionais e Internacionais

Para avaliar e melhorar a qualidade em saúde, os indicadores de desempenho devem ser comparados com *benchmarks* nacionais e internacionais, que estabelecem padrões de referência para medir a eficácia, segurança e eficiência dos serviços de saúde, especialmente em contextos de alta

complexidade como os SU (OMS, 2024). Os *benchmarks* são valores de referência derivados de instituições ou sistemas de saúde com desempenho exemplar, permitindo identificar lacunas e orientar estratégias de melhoria alinhadas com as metas do PNSD 2021–2026 (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

A Tabela 3 compara indicadores de segurança do doente com *benchmarks* internacionais (OCDE, 2025) e nacionais (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro) ao nível da taxa de IACS, erros de medicação e reingresso 72 horas.

Tabela 3 - Comparação de indicadores de segurança do doente com *benchmarks* internacionais (OCDE, 2025) e nacionais (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro) ao nível da taxa de IACS, erros de medicação e reingresso 72 horas

| Indicadores | Benchmark Internacional (OCDE, 2025) | Benchmark Nacional (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro) |
|--------------------|--|---|
| Taxa de IACS | <4,9% (média OCDE; meta <4% em <i>top performers</i> como Noruega) | 6–7,5% (hospitais acreditados JCI e ACSA) |
| Erros de Medicação | <5% (meta para sistemas com verificação eletrónica) | <5,5% (PNSD, com foco em notificação) |
| Reingresso (72h) | <7% (média OCDE; <6% em Reino Unido e EUA) | <7,5% (OE e DGS, para SU) |

A análise destes indicadores revela padrões de qualidade e segurança em saúde, destacando diferenças entre as metas internacionais e nacionais, bem como desafios e prioridades no contexto do SNS.

O *benchmark* internacional da OCDE para 2025 estabelece uma média de taxa de IACS inferior a 4,9%, em países de alto rendimento, privilegiando taxas abaixo dos 4%. Este valor reflete sistemas de saúde com práticas avançadas de controlo de infeções, como higiene rigorosa e monitorização intensiva. Já o *benchmark* nacional, baseado em hospitais acreditados por padrões da JCI e da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), situa-se entre os 6% e os 7,5%. Isto é revelador de um desempenho inferior ao internacional, sugerindo que os hospitais portugueses acreditados, embora alinhados com padrões de qualidade, enfrentam desafios estruturais, como a sobrecarga de unidades ou variabilidade na adesão a protocolos de prevenção. A diferença entre os *benchmarks* reflete a necessidade de maior investimento em tecnologias de controlo de infeções e formação contínua no SNS para atingir níveis de *top performers*.

A OCDE define uma meta de menos de 5% para erros de medicação em sistemas com verificação eletrónica, destacando a eficácia de ferramentas digitais na redução de falhas humanas, como prescrições incorretas ou administração inadequada. No contexto nacional, o PNSD 2021–2026,

conforme o Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro, estabelece um objetivo ligeiramente mais permissivo, inferior a 5,5%, com ênfase na notificação de EA. Esta diferença de 0,5% entre os *benchmarks* reflete a realidade do SNS, onde a implementação de sistemas eletrónicos ainda não é universal, e a cultura de notificação está em desenvolvimento. A priorização da notificação no PNSD visa aumentar a transparência e identificar áreas de melhoria, de forma a acelerar a digitalização e a padronizar processos de verificação.

O *benchmark* internacional da OCDE aponta para uma taxa média de reingresso em 72 horas inferior a 7%, com países como o Reino Unido e os EUA a alcançar valores abaixo de 6%. Estes números indicam sistemas com alta coordenação entre cuidados hospitalares e primários, minimizando readmissões evitáveis. Em Portugal, o *benchmark* nacional, definido pela OE e pela DGS para SU, é de menos de 7,5%. A diferença de 0,5% face à média da OCDE reflete desafios no SNS, como transições de cuidados menos eficazes ou sobrecarga sazonal em SU. A meta nacional, embora ambiciosa, reconhece a realidade de um sistema com recursos limitados e procura melhorias incrementais através de protocolos de alta hospitalar e seguimento pós-internamento.

Os indicadores sublinham a importância de investimentos em tecnologia, formação e coordenação de cuidados para alinhar o SNS com os padrões internacionais, mantendo metas realistas face às especificidades do contexto português.

Em Portugal, os *benchmarks* nacionais de segurança do doente são estabelecidos por entidades como a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a DGS, com base em indicadores do PNSD 2021-2026, e em padrões de hospitais acreditados por organizações internacionais, como a JCI (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro; ACSS, 2021). Hospitais portugueses acreditados pela JCI notificam taxas de IACS de 6-8%, inferiores à média nacional de 8-10%, mas ainda acima dos *benchmarks* internacionais de 3,5-5% (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro; Alhawajreh et al., 2023).

O PNSD 2021-2026 estabelece metas específicas, como a redução de 30% nas IACS e o aumento de 20% nas notificações de incidentes até 2026, que servem como *benchmarks* internos para avaliar o progresso das unidades de saúde, incluindo as ULS da região norte (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

Nos SU, indicadores como o tempo médio de triagem (idealmente inferior a 15 minutos, segundo a OE) e a taxa de reingresso em 72 horas (meta nacional < 7%) são *benchmarks* cruciais, mas estudos nacionais indicam que apenas 60% dos SU cumprem o tempo de triagem e que a taxa de reingresso atinge 9-12% em períodos de sobrecarga sazonal (Fernandes & Tareco, 2016; Furtado et al., 2023).

A comparação com *benchmarks* internacionais destaca fragilidades nos SU portugueses, como a sobrecarga operacional e a limitação de recursos, que elevam as taxas de EA (12,5% em hospitais públicos, contra 8–10% em países de referência) (ECDC, 2024; Vincent & Amalberti, 2016).

Um estudo da OCDE sugere que alinhar Portugal ao *top 10%* de países com melhores métricas de segurança poderia evitar 10.000–15.000 DALYs anuais, especialmente em IACS e erros de medicação, que representam 39,7% e 9,8% dos EA, respetivamente (OCDE, 2025; ECDC, 2024). A nível nacional, as ULS com melhores práticas, como as acreditadas pela JCI, demonstram perceções mais positivas da CSD (50–60% dos profissionais consideram-na “positiva”, contra 40,6% na média nacional), servindo como *benchmarks* para unidades menos desenvolvidas, como as da região norte (Brás et al., 2023; Freitas et al., 2025).

A integração de *benchmarks* na avaliação da qualidade em saúde é essencial para alinhar as práticas portuguesas com padrões globais, promovendo uma CSD robusta. Estratégias como a adoção de sistemas de notificação não punitiva, a formação interprofissional e o uso de tecnologias preditivas podem aproximar Portugal dos *benchmarks* internacionais, reduzindo o fardo de EA e DALYs, especialmente em SU (OMS, 2023; Verma et al., 2023). Estes *benchmarks* reforçam a relevância do presente estudo, ao destacar a necessidade de investigações locais para identificar lacunas específicas e implementar soluções adaptadas às ULS da região norte.

A *Tabela 4* apresenta os *benchmarks* do questionário HSOPSC, versão 2.0 para as dez dimensões da CSD, comparando três fontes: AHRQ (2024), estudo de adaptação e validação do HSOPSC, versão 2.0, de Freitas et al. (2025) e média da OECD (2024) (engloba 8 países). Os valores são apresentados em percentagens médias de respostas positivas.

Tabela 4 – *Benchmarks da AHRQ (2024), de Portugal [estudo de adaptação e validação do HSOPSC, versão 2.0, de Freitas et al. (2025)] e da média da OCDE (2024) de acordo com as dimensões do HSOPSC, versão 2.0*

| Dimensão | AHRQ (2024) (%) | Freitas et al. (2025) (%) | Média OCDE (2024) (%) |
|--|-----------------|---------------------------|-----------------------|
| Dimensão 1 [Trabalho em equipa] | 81 | 72 | 76 |
| Dimensão 2 [Dotação de pessoal e ritmo de trabalho] | 55 | 45 | 48 |
| Dimensão 3 [Aprendizagem organizacional – melhoria contínua] | 72 | 52 | 64 |
| Dimensão 4 [Resposta ao erro] | 64 | 45 | 54 |

| | | | |
|---|----|----|----|
| Dimensão 5 [Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do doente] | 80 | 67 | 73 |
| Dimensão 6 [Comunicação sobre erro] | 75 | 47 | 65 |
| Dimensão 7 [Abertura da comunicação] | 77 | 58 | 67 |
| Dimensão 8 [Notificação de eventos de segurança do doente] | 76 | 38 | 60 |
| Dimensão 9 [Suporte da gestão do hospital para a segurança do doente] | 65 | 39 | 59 |
| Dimensão 10 [Transferências e troca de informações] | 65 | 61 | 64 |

A AHRQ (2024) apresenta os maiores *scores*, com destaque para a Dimensão 1 [Trabalho em equipa, 81%] e a Dimensão 5 [Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do doente, 80%], evidenciando uma cultura de segurança mais consolidada.

O estudo de adaptação e validação da versão portuguesa do HSOPSC, versão 2.0, de Freitas et al. (2025) estabelece os primeiros *benchmarks* nacionais. Apresenta *scores* consistentemente mais baixos, com pontos fracos na Dimensão 8 [Notificação de eventos de segurança do doente, 38%] e na Dimensão 9 [Suporte da gestão do hospital para a segurança do doente, 39%], indicando desafios em comunicação e gestão.

Relativamente aos dados da OECD (2024) as médias intermediárias são mais próximas da AHRQ, mas com variações [Dimensão 8 com 60%, superior a Portugal, mas inferior à AHRQ].

As diferenças refletem contextos culturais e organizacionais, com Portugal mostrando áreas críticas como notificação de eventos e suporte na gestão, enquanto os dados da AHRQ apresentam maior maturidade na cultura de segurança.

As entidades de acreditação desempenham um papel fundamental no sistema de saúde, promovendo a excelência por meio da avaliação e certificação das instituições com base em padrões de qualidade pré-estabelecidos.

2.2.1.2. A Importância das Entidades de Acreditação

As entidades de acreditação desempenham um papel crucial na promoção da CSD ao estabelecer padrões rigorosos que incentivam a melhoria contínua, a gestão de riscos e o suporte aos profissionais (Alhawajreh et al., 2023).

- A JCI é uma das principais entidades de acreditação, focada essencialmente em acreditação hospitalar global. Os seus padrões evidenciam a criação de uma "cultura de segurança" através de programas como o *Safety Culture Program*, que promove a confiança, a notificação de incidentes e a melhoria contínua, incluindo o suporte a segundas vítimas para reduzir o impacto emocional (JCI, 2020; Vuohijoki et al., 2025). Estudos mostram que a acreditação JCI melhora a perceção de segurança, com ganhos em áreas como comunicação aberta e redução de EA, embora exija compromisso organizacional para sustentar os benefícios a longo prazo (Alhawajreh et al., 2023; Sallam & Hamdan, 2023).
- A ACSA é uma entidade espanhola especializada em acreditação e certificação de qualidade em saúde. Atua como entidade de acreditação independente, avaliando as instituições de saúde (hospitais, unidades clínicas, serviços sociais, entre outros) com base em padrões rigorosos de qualidade, segurança do doente e melhoria contínua. Esta entidade de acreditação possui tripla acreditação pela ISQua (*International Society for Quality in Health Care*), e é reconhecida internacionalmente e utilizada em vários países, incluindo: Portugal - modelo oficial adotado pelo Ministério da Saúde e pela DGS para o Programa Nacional de Acreditação em Saúde. O processo inclui autoavaliação, visitas externas e acompanhamento, com níveis progressivos de certificação: avançado, ótimo e excelente. A validade geralmente é de 5 anos (com avaliações periódicas). O foco é na gestão da qualidade, segurança do doente, envolvimento do utilizador e melhoria contínua (ACSA, 2022; DGS, 2025).
- Normas ISO (*International Organization for Standardization*) aplicam-se amplamente na saúde, com destaque para a ISO 7101:2023 (*Healthcare Organization Management*), que estabelece princípios para gestão de qualidade centrada no doente, identificação de riscos e melhoria contínua, visando reduzir custos e melhorar a segurança (ISO, 2023). Outras relevantes incluem a ISO 9001:2015 para sistemas de gestão da qualidade, que melhora a cultura de segurança através de políticas estruturadas, e a ISO 13485:2016 para dispositivos médicos, garantindo conformidade regulada e de segurança (ISO 2015; ISO 2016). A implementação de normas ISO em organizações de saúde fomenta ambientes mais seguros, com foco em prevenção de erros e apoio aos profissionais (Ritchie et al., 2019).

As entidades de acreditação promovem a CSD como pilar fundamental, garantindo padrões de qualidade e práticas que priorizam a proteção e o bem-estar dos doentes.

A CSD, como pilar estratégico, é abordada a seguir, destacando a sua relevância para a promoção de práticas seguras e a redução de riscos em ambiente clínico.

2.3. A Cultura de Segurança do Doente como Um Pilar Estratégico

A CSD é um conceito central na promoção da qualidade em saúde, sendo reconhecida como um pilar estruturante para a redução de EA e a melhoria dos cuidados prestados.

A OMS define a CSD como *“um conjunto de práticas e crenças organizacionais que priorizam a segurança do doente, promovendo a transparência, a aprendizagem com erros e a colaboração interprofissional”* (OMS, 2021, p.15). Esta definição sublinha a importância de uma abordagem sistémica, onde a segurança é uma prioridade partilhada por todos os níveis da organização de saúde, e enfatiza a necessidade de um ambiente não punitivo, onde os profissionais se sintam encorajados a notificar incidentes sem receio de represálias (Vincent & Amalberti, 2016).

Em Portugal, a DGS reforça que a CSD é um pilar estratégico para responder aos desafios de um sistema de saúde em constante evolução, onde a complexidade dos cuidados aumenta o risco de EA (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

Para Eiras et al. (2014) e Correia et al. (2017), a CSD envolve dimensões como a comunicação aberta e eficaz, o trabalho em equipa, a liderança comprometida, a notificação não punitiva de erros, a aprendizagem organizacional e a gestão de riscos em saúde.

Vincent (2010) destaca que uma cultura de segurança positiva fomenta a transparência na identificação de falhas, promovendo a análise de incidentes para prevenir recorrências, em vez de procurar culpados. Sammer et al. (2010) corroboram que uma CSD robusta é caracterizada por sete elementos-chave: (1) liderança visível, (2) políticas de segurança claras, (3) envolvimento dos doentes, (4) sistemas de notificação eficazes, (5) aprendizagem contínua, (6) trabalho em equipa e (7) comunicação transparente. Estes elementos são fundamentais para criar um *“clima de segurança”*, que reflete as perceções dos profissionais sobre as práticas de segurança numa unidade ou instituição (Diz & Lucas, 2020). Este clima é mensurado através de instrumentos como o questionário HSOPSC, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, amplamente utilizado para avaliar dimensões críticas da CSD, medindo dimensões como a perceção de segurança, o suporte da gestão e a frequência de notificação de incidentes (Eiras et al., 2014).

Para Brás et al. (2023), a CSD em hospitais portugueses varia significativamente entre departamentos, sendo influenciada por fatores como a formação em segurança e a dotação de recursos humanos. Esta é um constructo multidimensional que exige uma abordagem holística para promover práticas seguras, reduzir os riscos associados aos cuidados de saúde e que integre profissionais, doentes e sistemas organizacionais.

A CSD manifesta-se em fenómenos específicos, como o impacto dos EA nos profissionais de saúde, abordado a seguir no conceito de segunda e terceira vítima.

2.3.1. A Segunda e Terceira Vítima na Cultura de Segurança do Doente

Na CSD, os conceitos como a segunda e a terceira vítima tem vindo a ganhar relevância nos últimos anos, especialmente no contexto de EA em cuidados de saúde.

A segunda vítima refere-se aos profissionais de saúde (como médicos, enfermeiros ou outros prestadores de cuidados) que sofrem trauma emocional, psicológico ou profissional após um EA, erro médico ou lesão ao doente, mesmo que o erro tenha sido involuntário ou um "near miss" (quase-erro) (Carrillo et al., 2022; Mira et al., 2025). Estes profissionais podem experimentar sintomas como ansiedade, depressão, culpa, insónia, perda de confiança no trabalho e até pensamentos suicidas, o que pode comprometer a sua *performance* e a segurança geral dos doentes (Carrillo et al., 2022).

O fenómeno da segunda vítima é influenciado pela cultura organizacional, pois, em ambientes com uma "just culture" (cultura justa), onde os erros são vistos como oportunidades de aprendizagem em vez de punição, os profissionais tendem a lidar melhor com estes EA, melhorando a qualidade dos cuidados e reduzindo o *burnout* (Mira et al., 2025).

Na Europa, o fenómeno da segunda vítima tem sido amplamente estudado pela ERNST, estabelecida em 2020 sob a *COST Action CA19113*. O ERNST reúne investigadores, profissionais de saúde e *policymakers* de vários países europeus para estudar o fenómeno da segunda vítima, de forma a promover estratégias de suporte e desenvolver políticas para mitigar os seus efeitos (Carrillo et al., 2022; Mira et al., (2024).

Estudos recentes do ERNST destacam a importância de programas institucionais de apoio psicológico, *debriefings* e formação em resiliência para reduzir o impacto emocional e melhorar a retenção de profissionais (Nydoo et al., 2020; Ong et al., 2025).

Uma revisão sistemática conduzida por membros do ERNST identificou que a prevalência de segundas vítimas varia entre 10% e 43% entre os profissionais de saúde após EA, reforçando a necessidade de intervenções estruturadas (Nydoo et al., 2020).

O grupo tem produzido revisões sistemáticas, definições consensuais e recomendações, como a necessidade de programas de apoio institucionalizados em sistemas de saúde europeus, e enfatiza a importância da formação e da sensibilização para prevenir o isolamento dos profissionais afetados (Carrillo et al., 2022; Ong et al., 2025). Em 2024 e 2025, o ERNST publicou estratégias europeias para apoiar segundas vítimas, incluindo em contextos de cuidados de longa duração (Mira et al., 2024; Ong et al., 2025).

Por sua vez, a terceira vítima é um conceito mais emergente e menos padronizado, mas geralmente refere-se ao impacto mais amplo no sistema de saúde ou na organização como um todo, incluindo EA à reputação institucional, custos financeiros com litígios ou investigações, provocando perturbações na equipa ou nos processos operacionais, pelo que, em alguns contextos, a terceira vítima pode estender-se às famílias dos profissionais afetados ou a outros *stakeholders* indiretos (Holden & Card, 2019).

Estudos recentes enfatizam que ignorar estas vítimas secundárias e terciárias pode perpetuar ciclos de insegurança, afetando a retenção de profissionais e a qualidade dos cuidados, sendo que para mitigar esta situação, recomenda-se a implementação de programas de apoio, como *debriefings*, apoio psicológico e formação em resiliência, integrados na cultura de segurança (Clarkson et al., 2019; Holden & Card, 2019; Vanhaecht et al., 2022).

2.3.2. Cultura de Segurança do Doente em Contextos Hospitalares

Nos contextos hospitalares, a CSD é um fator determinante para a qualidade e a segurança dos cuidados, de forma a minimizar EA e a melhorar os resultados clínicos especialmente em ambientes de alta complexidade como unidades de cuidados intensivos e SU.

Em Portugal, estudos como o de Freitas et al. (2025) revelam que a CSD varia entre as instituições, sendo mais robusta em hospitais com lideranças proativas, sistemas de notificação bem estabelecidos e formação contínua dos profissionais.

Uma CSD positiva em hospitais envolve várias estratégias, incluindo:

- Notificação voluntária de EA: através de sistemas como o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (NOTIFICAR) que incentivam a transparência e a aprendizagem organizacional (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).
- Análise de incidentes: métodos como a RCA e o HFMEA permitem identificar falhas sistémicas e implementar medidas preventivas (Vincent & Amalberti, 2016).
- Formação interprofissional: programas que abordem competências técnicas e não técnicas, como o trabalho em equipa e a gestão de *stress* são cruciais para fortalecer a CSD (Diz & Lucas, 2020).

A implementação de uma CSD em hospitais enfrenta barreiras, como a resistência cultural à notificação de erros, a falta de recursos para sistemas de monitorização avançados e a variabilidade nas perceções dos profissionais sobre a segurança (Brás et al., 2023). A literatura também destaca a importância da liderança transformacional, que promove uma visão partilhada de segurança e incentiva a colaboração interprofissional (Sammer et al., 2010), na CSD dos cuidados de saúde nos SU.

2.3.3. Cultura de Segurança do Doente dos Cuidados de Saúde nos Serviços de Urgência

Os SU são ambientes de alta complexidade, caracterizados por elevada pressão, imprevisibilidade e necessidade de decisões rápidas, o que os torna particularmente vulneráveis a EA.

Pereira (2008) corrobora que os SU são caracterizados por um volume elevado de atendimentos, tempos de espera prolongados e equipas multidisciplinares que operam em condições de *stress*, aumentando o risco de erros clínicos e organizacionais.

Vincent e Amalberti (2016) concordam que os SU enfrentam riscos específicos devido à confluência de fatores como o volume elevado de doentes, a diversidade de patologias, a rotatividade de profissionais e a limitação de recursos.

Os SU são propensos a EA, como erros de medicação e IACS, devido à natureza acelerada dos processos assistenciais (Vincent, 2010). Estima-se que cerca de 20% dos EA em hospitais ocorrem nos SU, com destaque para erros de medicação, atrasos diagnósticos e falhas de comunicação (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

Os desafios dos SU podem ser agrupados em quatro categorias principais:

- Sobrecarga operacional: a elevada procura, agravada por picos sazonais, compromete a dotação de profissionais e aumenta o risco de *burnout* (Fernandes & Tareco, 2016);
- Comunicação interprofissional: a falta de coordenação entre as equipas multidisciplinares, frequentemente exacerbada pela rotatividade, é uma causa comum de erros (Furtado et al., 2023);
- Gestão de fluxos: tempos de espera prolongados e triagem ineficaz podem levar a atrasos no início do tratamento (Furtado et al., 2023);
- Tecnologia e infraestrutura: a ausência de sistemas digitais integrados e equipamentos obsoletos limitam a eficiência e a segurança dos cuidados (Prates et al., 2021).

A literatura sugere que a promoção da CSD dos cuidados de saúde nos SU requer estratégias específicas, como a implementação de protocolos padronizados, como *checklists*, a formação em competências não técnicas, como a comunicação, a liderança e o uso de tecnologias de suporte à decisão (OMS, 2024). A OE (2007) destaca a relevância de indicadores específicos para os SU, como o tempo médio de triagem e a taxa de reingresso em 72 horas, que refletem a qualidade e segurança dos cuidados.

Diz e Lucas (2020), sublinham que a adoção de protocolos baseados em evidências pode reduzir significativamente os EA nos SU portugueses, e desta forma espelhar a eficiência e a segurança dos cuidados prestados.

De seguida, será abordada a importância da literacia em saúde na CSD, fundamentais para fortalecer a segurança do doente por meio de práticas informadas e estruturada no ambiente hospitalar.

2.3.4. Literacia em Saúde na Cultura de Segurança do Doente

A literacia em saúde é um determinante crítico da segurança do doente, pois capacita os doentes a participar ativamente nos seus cuidados e a tomar decisões informadas.

Segundo Sørensen et al. (2012), a literacia em saúde é definida como o conjunto de competências cognitivas e sociais que permitem aos indivíduos aceder, compreender e utilizar informação para promover a sua saúde.

De acordo com Prates et al. (2021), no contexto da segurança do doente, a literacia facilita a adesão a tratamentos, a identificação de erros, como a administração incorreta de medicamentos e a comunicação eficaz com os profissionais.

Em Portugal, o PNSD 2021–2026 inclui a literacia como um eixo estratégico, promovendo iniciativas como campanhas educativas e materiais de comunicação acessíveis (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro). Para Costa et al. (2024), intervenções de literacia em saúde, como *workshops* para doentes crónicos, podem reduzir significativamente os EA evitáveis em contextos hospitalares.

Contudo, a promoção da literacia enfrenta desafios, incluindo a heterogeneidade sociocultural dos doentes, a complexidade da informação clínica e a falta de recursos para programas educativos estruturados (Prates et al., 2021).

Neste sentido, a integração da literacia na CSD requer abordagens colaborativas que envolvam os doentes, os profissionais e os decisores políticos.

A literacia em saúde na CSD promove o conhecimento e a participação ativa dos indivíduos e comunidades na prevenção de erros e na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

2.3.4.1. Literacia em Saúde da Comunidade e o Empoderamento na Cultura de Segurança

A literacia em saúde da comunidade é definida como a capacidade dos indivíduos, famílias e grupos sociais acederem, compreenderem e utilizarem informações sobre saúde para tomarem decisões informadas e promoverem ações preventivas (OMS, 2024). Esta abordagem capacita as comunidades a participarem ativamente na identificação de riscos, adesão a tratamentos e exposição das suas preocupações, fortalecendo uma CSD (Bergman et al., 2021). Por exemplo, a estratégia global da OMS para a saúde digital (2020–2025) destaca que ferramentas digitais, como *apps* móveis e telemedicina, aumentam a literacia ao permitir que as comunidades façam a gestão dos riscos e relatem os incidentes, reduzindo os EA e construindo confiança nos sistemas de saúde (OMS, 2023).

Sørensen et al. (2012) reforçam que programas educativos culturalmente adaptados e parcerias locais melhoram a equidade em saúde, especialmente em populações vulneráveis, ao abordar determinantes sociais como o acesso a serviços e a normas culturais.

O empoderamento comunitário atua como um pilar para uma cultura de segurança inclusiva, integrando vozes locais na prevenção de erros médicos (Coughlin et al., 2020). O *Health Literate Care Model*, integrado nos objetivos do *Healthy People 2030*, incentiva as organizações de saúde a desenvolverem materiais claros e programas de *outreach*, resultando em melhores indicadores clínicos, maior adesão a tratamentos e redução de custos com erros evitáveis (Department of Health and Human Services, 2020; Santana et al., 2021). Yuen et al. (2024) constataram que na literacia digital em saúde, os níveis mais elevados de literacia estão associados a maior empoderamento, como a procura ativa de informação credível, menor *stress* afetivo e redes sociais mais robustas, especialmente em idosos e cuidadores.

Stormacq et al. (2020) recomendam integrar a literacia em saúde na comunidade na missão organizacional, com intervenções culturalmente sensíveis, como formações comunitárias e avaliações de impacto, para promover práticas seguras e reduzir disparidades (European Conference on Health Communication, 2025).

A Governação Clínica desempenha um papel fundamental na promoção de uma CSD, assegurando práticas centradas na qualidade, transparência e melhoria contínua dos cuidados de saúde.

2.3.5. Governação Clínica na Cultura de Segurança do Doente

A governação clínica é um conceito emergente que integra a gestão, a qualidade e a segurança numa abordagem estruturada para melhorar os cuidados de saúde. Segundo Scally e Donaldson (1998), esta é definida como um sistema através do qual as organizações de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela manutenção de elevados padrões de cuidado.

No contexto da segurança do doente, a governação clínica envolve a definição de políticas, a monitorização de indicadores e a promoção de uma cultura de responsabilidade (Silva et al., 2025).

Em Portugal, a governação clínica é promovida através de estruturas como as comissões de qualidade e segurança, que coordenam a implementação do PNSD e monitorizam os indicadores de desempenho (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

A literatura destaca que uma governação clínica eficaz requer lideranças comprometidas, sistemas de informação robustos e envolvimento ativo dos profissionais (Fernandes & Tareco, 2016).

Brás et al. (2023) enfatizam que a governação clínica pode melhorar a CSD ao promover a transparência, a partilha de boas práticas e a responsabilização organizacional. No entanto, desafios como a

fragmentação dos sistemas de saúde, a resistência à mudança e a falta de alinhamento entre políticas nacionais e locais podem limitar a eficácia da governação clínica (Furtado et al., 2023).

A sua implementação exige uma abordagem integrada que combine liderança estratégica, formação contínua e investimento em tecnologias de suporte. O PNSD 2021–2026 estabelece diretrizes estratégicas para promover a qualidade e minimizar riscos no cuidado de saúde em Portugal, que será abordado de seguida.

2.3.5.1. Aspectos Jurídicos e de Compensações em Eventos Adversos

A inclusão de aspetos jurídicos na CSD é essencial para promover a transparência e a responsabilidade sem comprometer a confiança dos profissionais. Leis que incentivam a *"just culture"* encorajam a divulgação de erros médicos sem medo de punição excessiva, focando na aprendizagem e prevenção (Lancaster et al., 2022; Eng & Schweikart, 2020).

Neste contexto, programas de comunicação e resolução, como os implementados pela *University of Michigan Health System*, exemplificam os benefícios desta abordagem. Ao oferecer desculpas transparentes, explicações claras e compensações proativas em casos de falhas no padrão de cuidado, este programa conseguiu reduzir as reivindicações de compensação em 36% e os custos legais em 59%, demonstrando que a transparência e a responsabilidade podem melhorar tanto a segurança do doente quanto a eficiência do sistema de saúde (Kachalia et al., 2016).

A criminalização de erros não intencionais, comum em alguns sistemas, pode inibir que se notifique o erro, agravando o *"fear of blame"* (medo de culpa) e perpetuando inseguranças, enquanto abordagens administrativas, equilibram *accountability* como suporte, promovendo a confiança (Murray et al., 2023).

No que diz respeito às compensações, os sistemas legais têm três objetivos principais: reparar EA às vítimas, promover responsabilidade e incentivar melhorias sistémicas (Kadivar et al., 2017). Sob os princípios éticos como autonomia, beneficência e justiça, a punição deve ser reservada para negligências intencionais, enquanto culturas de partilha de responsabilidade, como relatórios confidenciais, reduzem custos e melhoram a segurança (*American Medical Association*, 2023; Rodziewicz et al., 2024). Além disso, questões éticas emergentes em 2025, como privacidade sob HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) e competências culturais, destacam a necessidade de canais de comunicação abertos para empoderar os doentes e os profissionais, promovendo a integridade (*American Health Law Association*, 2024). Recomenda-se implementar políticas que integrem ética legal na formação, como treino em comunicação de erros e sistemas de notificação anónimo, para equilibrar compensações justas com prevenção proativa (Davis et al., 2025; *American Institute of Health Care Professionals*, 2025).

Os aspetos jurídicos e de compensação em EA, integrados na CSD, são fundamentais para promover a qualidade e a confiança nos sistemas de saúde, sendo o PNSD 2021-2026 um marco estratégico para a sua implementação e melhoria contínua.

2.3.6. Plano Nacional para a Segurança do Doente em Portugal

No artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, o direito à proteção da saúde é um direito fundamental e um direito social.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, relativa ao direito à proteção da saúde, enfatiza a segurança do doente como uma das suas dimensões ou componentes fundamentais, reforçando o papel do Estado enquanto promotor, através do SNS, das Administrações Regionais de Saúde (ARS) e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais (PNSD 2021-2026).

O PNSD em Portugal, inicialmente integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, representa um marco na priorização da segurança como componente da qualidade organizacional (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro).

Atualmente, o PNSD 2021-2026, alinhado com o PAGSD 2021-2030 da OMS, estabelece objetivos estratégicos para reduzir os EA evitáveis nos cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro).

A 24 de setembro de 2021, foi publicado o Despacho n.º 9390/2021, que aprova o PNSD 2021-2026, e assenta em 5 grandes pilares, com os respetivos objetivos estratégicos:

- Pilar 1: Cultura de segurança;
- Pilar 2: Liderança e governança;
- Pilar 3: Comunicação;
- Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente;
- Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros.

A DGS enfatiza a implementação de normas, como a Norma n.º 005/2018, que orienta a avaliação da CSD nos hospitais portugueses, utilizando ferramentas como o questionário HSOPSC (DGS, 2020). Esta norma também incentiva a criação de comissões de qualidade e segurança em todas as instituições de saúde, responsáveis por coordenar estratégias de prevenção de EA e monitorizar indicadores de desempenho (Eiras et al., 2014).

Brás et al. (2023) referem que a falta de recursos humanos, a resistência cultural à notificação de erros e a heterogeneidade na adesão às normas como barreiras persistentes. A integração de tecnologias, como

registos eletrónicos de saúde, exige investimentos substanciais e formação especializada, o que nem todas as instituições conseguem assegurar (Silva et al., 2025).

O PNSD também incentiva a criação de comissões de qualidade e segurança nas instituições de saúde, responsáveis por coordenar programas de prevenção de EA e promover práticas baseadas em evidências (Despacho nº. 5613/2015 de 27 de maio). Apesar dos avanços, a literatura aponta desafios na implementação do PNSD, incluindo a resistência à mudança cultural, a escassez de recursos humanos e a necessidade de maior envolvimento dos doentes nas estratégias de segurança (Sousa, 2013). Estes obstáculos são particularmente evidentes em contextos de alta complexidade, como os SU.

O PNSD 2021–2026 é o principal instrumento estratégico em Portugal para promover a segurança nos cuidados de saúde, alinhado com o PAGSD 2021–2030 da OMS (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro). Este plano tem como missão reduzir os EA evitáveis, melhorar a qualidade dos cuidados e fortalecer a confiança dos cidadãos no sistema de saúde.

O PNSD estrutura-se em cinco eixos estratégicos:

- Cultura de segurança: promoção de ambientes não punitivos/sistemas de notificação de EA;
- Capacitação dos profissionais: formação contínua em segurança do doente e gestão de riscos;
- Envolvimento dos doentes: incentivo à literacia em saúde e participação ativa dos doentes;
- Sistemas de aprendizagem: implementação de análises de incidentes, através do RCA, para prevenir recorrências;
- Inovação tecnológica: adoção de ferramentas digitais para monitorização e prevenção de erros (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).
- O PNSD também reconhece a importância de alinhar as políticas nacionais com as metas globais da OMS, como a redução de 50% dos EA evitáveis até 2030 (OMS, 2024).

O PNSD 2021–2026 visa consolidar a segurança dos cuidados de saúde, promovendo uma cultura de segurança robusta, cuja implementação enfrenta desafios como a necessidade de reforçar a formação, melhorar a comunicação e garantir o envolvimento ativo das lideranças e dos doentes.

2.3.6.1. Desafios na Implementação de uma Cultura de Segurança

Apesar da importância reconhecida, a implementação de uma cultura de segurança enfrenta barreiras como resistência à mudança, hierarquias organizacionais rígidas e falta de formação adequada.

A implementação de uma cultura de segurança enfrenta desafios complexos, tais como:

- Sobrecarga de trabalho: profissionais de saúde sobrecarregados têm menos tempo para aderir a protocolos de segurança (Mahmoud et al., 2023);

- Diversidade cultural: equipas multiculturais podem enfrentar barreiras de comunicação, impactando a colaboração (Horváth & Molnár, 2021);
- Resistência à mudança: profissionais podem resistir à adoção de novas tecnologias ou processos devido à falta de familiaridade ou confiança (Horváth & Molnár, 2021);
- Desigualdades regionais: em países menos desenvolvidos, a falta de recursos financeiros e humanos limita a implementação de práticas seguras (OMS, 2021);
- Impacto da tecnologia: embora a IA tenha potencial para melhorar a segurança, a dependência excessiva pode levar a erros se os sistemas não forem adequadamente validados (Micco et al., 2025).

Um estudo de Mahmoud et al. (2023) identificou que a falta de recursos, a sobrecarga de trabalho e a ausência de liderança proativa são obstáculos significativos em contextos hospitalares.

Os desafios na implementação de uma CSD incluem resistências culturais e a falta de recursos, mas estratégias como formação contínua, comunicação eficaz e liderança comprometida são essenciais para promovê-la.

2.3.6.2. Estratégias para Promoção da Cultura de Segurança

Para superar estes desafios, existem estratégias baseadas em evidências que incluem:

- Formação contínua: programas de treino em segurança do doente, baseados em práticas de simulação, têm mostrado eficácia na melhoria da comunicação e do trabalho em equipa (Kim & Yoo, 2022);
- Liderança: líderes que modelam comportamentos seguros e promovem uma abordagem não punitiva são essenciais para o sucesso (Horváth & Molnár, 2021);
- Sistemas de notificação de incidentes: ferramentas digitais para relatar EA de forma anónima incentivam a transparência (Cerrone et al., 2025);
- Envolvimento do doente: integrar os doentes e as famílias na tomada de decisão fortalece a segurança e a qualidade (Lee et al., 2017);
- Uso de tecnologia: algoritmos de IA para previsão de riscos estão a ser integrados em sistemas hospitalares, com resultados promissores (Micco et al., 2025);
- *Frameworks* globais: a OMS através do PAGSD 2021–2030 enfatiza estratégias como a capacitação de líderes, a padronização de processos e a promoção de uma cultura de aprendizagem (OMS, 2021).

A cultura de segurança varia significativamente entre os contextos. Em países desenvolvidos, como os EUA e membros da União Europeia, têm maior acesso a ferramentas de avaliação e tecnologias avançadas. Já em países menos desenvolvidos, a ênfase está na construção de sistemas básicos de notificação e de treino (Kruk et al., 2018). Em Portugal, o SNS tem investido em programas de qualidade, como o PNSD 2021-2026, alinhando-se com as diretrizes da OMS e foca na redução de EA evitáveis (Despacho n.º. 9390/2021 de 24 de setembro).

3. Métodos

Uma investigação científica é um processo sistemático e rigoroso que visa adquirir novos conhecimentos ou aprofundar a compreensão de fenómenos específicos. Envolve uma abordagem estruturada que parte da identificação de um problema, pela formulação de questões ou hipóteses, pela colheita e análise dos resultados para chegar a conclusões fundamentadas (Kline, 2023).

A escolha da metodologia numa investigação científica deve ser guiada pela natureza do problema de pesquisa, pelos objetivos do estudo e pela necessidade de garantir resultados válidos, fiáveis e generalizáveis (Kline, 2023). No contexto da análise da CSD num SU, a metodologia deve permitir a avaliação de um constructo multidimensional, influenciado por fatores organizacionais, individuais e contextuais, como a comunicação, o trabalho em equipa, a liderança e a notificação de EA (Freitas et al., 2025).

Para Kline (2023), a fundamentação metodológica deve assegurar: (1) a clareza na definição das variáveis, (2) a adequação dos instrumentos de recolha de dados, (3) a robustez das técnicas estatísticas e (4) a transparência na interpretação dos resultados.

Este capítulo apresenta a fundamentação da metodologia proposta para esta dissertação, com base nos princípios de Kline, articulando a abordagem, o desenho do estudo, o instrumento de medida, a amostragem, as técnicas de análise de dados e os princípios éticos.

3.1. Questão de Investigação, Finalidade e Objetivos

A questão de investigação é o ponto de partida essencial de qualquer processo de investigação, que surge a partir da identificação de um problema ou lacuna do conhecimento. Desta forma, emerge a seguinte questão:

“Qual a perceção dos enfermeiros relativamente à Cultura de Segurança do Doente no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e nos dois Serviços de Urgência Básica de uma Unidade Local de Saúde da região norte?”

Este estudo tem como finalidade contribuir para fortalecer a CSD, identificando e analisando as perceções dos enfermeiros sobre a CSD no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e nos dois Serviços de Urgência Básica (SUB) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte, promovendo práticas seguras e alinhadas com os objetivos do PNSD 2021-2026.

Para Saunders et al. (2019), os objetivos de um estudo de investigação são metas precisas que especificam o que o estudo pretende alcançar, como explorar, descrever, explicar ou prever fenómenos, alinhando-se com a questão de investigação.

Objetivos:

- Avaliar a perceção dos enfermeiros relativamente à CSD no SUMC e nos dois SUB de uma ULS da região norte.
- Analisar as perceções dos enfermeiros relativamente às dimensões da CSD, utilizando o questionário HSOPSC, versão 2.0.

3.2. Abordagem Metodológica e Tipo de Estudo

A abordagem metodológica de uma investigação científica é determinada pelo problema de pesquisa e pelo tipo de conhecimento que se pretende gerar. No contexto da análise da CSD num SU é essencial adotar uma abordagem que capte a complexidade das perceções dos profissionais de saúde, bem como as relações entre variáveis latentes, como a perceção de segurança, o suporte da gestão e a comunicação sobre erros.

Segundo Kline (2023), a escolha entre abordagens quantitativas, qualitativas ou mistas deve ser guiada pelos objetivos da pesquisa, garantindo que o desenho do estudo seja adequado à natureza do problema investigado.

Para este estudo, optou-se por uma abordagem quantitativa, com o objetivo de caracterizar a CSD no SUMC e nos dois SUB de uma ULS da região norte de Portugal, no âmbito da qualidade em saúde e do PNSD 2021-2026. A abordagem quantitativa adota um estudo observacional, complementada por uma análise de conteúdo sistemática dos dados recolhidos, alinhada pela necessidade de obter uma compreensão abrangente da CSD, integrando dados mensuráveis com perceções subjetivas dos profissionais, o que permite uma análise mais rica e contextualizada.

Este tipo de estudo é adequado para contextos reais, como o ambiente dinâmico dos SU, onde intervenções experimentais podem ser inviáveis, antiéticas ou impraticáveis.

O estudo observacional permite sistematizar e quantificar variáveis complexas, como as dimensões da CSD, utilizando um instrumento validado, traduzido e adaptado para a realidade portuguesa, como o questionário HSOPSC, versão 2.0. Esta abordagem possibilita testar hipóteses específicas, como a relação entre a liderança organizacional e a frequência de notificação de incidentes, através de modelos estatísticos robustos, de forma a facilitar comparações com *benchmarks* nacionais e internacionais (Kline, 2023).

A análise de conteúdo complementa a abordagem quantitativa ao explorar em profundidade as perceções, experiências e barreiras dos enfermeiros em relação à CSD. Esta abordagem é essencial para captar a complexidade das interações humanas e organizacionais no SU, como rivalidades entre profissionais, impacto do *stress* e perceções sobre a liderança.

A análise de conteúdo sistemática dos dados recolhidos foi realizada através de uma questão aberta no questionário.

A componente quantitativa fornecerá dados mensuráveis sobre a prevalência e distribuição das dimensões da CSD, enquanto a análise de conteúdo oferecerá uma compreensão detalhada das perceções e desafios enfrentados pelos profissionais.

3.3. Contexto do Estudo

O contexto do estudo pode ser entendido como o ambiente, contexto ou *setting* onde a investigação ocorre e os dados são recolhidos, isto é, o espaço físico, social ou virtual que envolve os participantes ou fenómenos estudados.

Segundo Saunders et al. (2019), o contexto de um estudo de investigação, frequentemente referido como o contexto ou *setting*, é o ambiente ou cenário específico onde a pesquisa é conduzida, incluindo as características organizacionais, sociais, culturais ou geográficas que influenciam o estudo. Este conceito abrange o local e as condições que moldam a colheita e a interpretação dos dados, sendo essencial para delimitar a pesquisa e contextualizar os resultados.

Esta investigação tem lugar no SUMC e nos dois SUB de uma ULS da região norte e é realizada em contexto natural. *"O contexto natural numa pesquisa refere-se ao contexto real e não manipulado onde os fenómenos são estudados, ou seja, o ambiente autêntico em que os participantes atuam naturalmente, sem intervenções artificiais do investigador"* (Saunders et al., 2019, p.178).

A área de influência da ULS em estudo cobre a totalidade do distrito, abrangendo dez concelhos. O território abrangido tem uma superfície total de 2.219 Km² e, de acordo com os resultados dos censos 2021 divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), tem uma população residente estimada em 231.293 indivíduos, 11,2% dos quais (jovens) com menos de 15 anos, 28,1% com idade igual ou superior a 65 anos e 60,7% de população em idade ativa (15 aos 64 anos). Esta sub-região apresenta uma densidade populacional de 104,2 indivíduos por km², representando à volta de 2,26% da população de Portugal e, aproximadamente, 6,5% da população da região norte.

A rede de urgência da ULS em estudo dispõe de um SUMC e dois SUB. Para situações clínicas críticas e de emergência, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) disponibiliza uma Viatura Médica de

Emergência e Reanimação (VMER), quatro ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), dez ambulâncias de socorro nos bombeiros e uma ambulância do INEM. Quando necessário, todos estes meios são apoiados pelo helicóptero sediado em Macedo de Cavaleiros.

É importante ressaltar que as informações apresentadas refletem a situação atual. No entanto, e considerando a natureza dinâmica dos serviços de saúde e a possibilidade de alterações na alocação de recursos, reestruturações organizacionais ou atualizações nas políticas do SNS e do INEM, estes dados podem não se manter válidos no momento da publicação. Recomenda-se verificar as informações mais recentes junto às fontes oficiais, como o SNS ou o INEM, para garantir a precisão e a atualidade dos dados antes de qualquer divulgação ou utilização.

3.4. População e Amostra

A população é o conjunto total de indivíduos, objetos ou eventos que possuem características comuns e que são o foco da investigação. É o grupo amplo que o investigador deseja estudar ou sobre o qual pretende tirar conclusões.

As características da população de um estudo *"referem-se aos atributos demográficos, sociais, profissionais ou outros traços específicos do grupo-alvo que o investigador pretende estudar, os quais são definidos para delimitar a pesquisa e garantir a relevância dos dados colhidos. Estas características incluem variáveis como idade, género, ocupação, nível educacional, localização geográfica ou papéis organizacionais, e são usadas para identificar a população ou amostra que será investigada, assegurando que os resultados sejam representativos ou aplicáveis ao contexto da pesquisa"* (Saunders et al., 2019, p.296).

A amostra é uma parte selecionada dessa população, escolhida para representar o todo de forma prática e viável. Esta deve ser definida por critérios específicos (tamanho, características, método de seleção) e deve refletir as propriedades da população para garantir a validade dos resultados. Para Saunders et al. (2019, p.301), uma amostra consiste num *"subgrupo da população-alvo selecionado para representar as características dessa população num estudo de investigação, permitindo ao investigador colher e analisar dados de forma prática e viável. A amostra é escolhida com base em critérios específicos, como tamanho e método de amostragem (probabilístico ou não probabilístico)"*, para garantir que seja representativa ou adequada aos objetivos da pesquisa.

- Os critérios de inclusão abrangem: (1) profissionais ativos no SU há pelo menos três meses, para garantir familiaridade com a cultura local; e (2) profissionais que aceitem participar voluntariamente no estudo.

- Os critérios de exclusão abrangem: (1) profissionais em licença de parentalidade, ausência por doença, acidente de trabalho ou licença sem vencimento superior a três meses; (2) profissionais com menos de três meses de experiência profissional nos serviços em estudo e; (3) profissionais que não aceitem participar voluntariamente no estudo.

O SUMC e os dois SUB têm na sua totalidade 124 enfermeiros, dos quais 15 foram excluídos por não corresponderem aos critérios de inclusão ou por se enquadrarem nos critérios de exclusão, pelo que, a população deste estudo é de 109 enfermeiros.

A seleção da amostra deve assegurar representatividade e adequação ao contexto do estudo (Kline, 2023), sendo, a amostra deste estudo de 77 enfermeiros (o que representa 77 respostas). As recomendações da AHRQ para o questionário HSOPSC consideram um mínimo de 50 respostas para análises robustas em unidades específicas, mas idealmente 70%–80% da população-alvo para uma maior representatividade em estudos hospitalares (Eiras et al., 2014).

A relação entre a população e a amostra é fundamental no desenho da investigação, pois define a capacidade de generalização dos resultados e a adequação dos métodos de colheita e análise de dados (Saunders et al., 2019).

3.5. Variáveis

As variáveis de um estudo são elementos mensuráveis que podem variar ou assumir diferentes valores, sendo classificadas como independentes, dependentes ou de controle, dependendo de seu papel na investigação científica e na relação causal analisada (Kline, 2023).

A variável dependente corresponde às dez dimensões da CSD e as variáveis independentes correspondem às variáveis sociodemográficas e de contexto profissional (sexo, idade, qualificação profissional, unidade/serviço, experiência na unidade/serviço e experiência na organização), bem como, às variáveis de número de notificações de EA e nível percebido segurança do doente.

3.6. Procedimento de Recolha de Dados

O procedimento de colheita de dados é a etapa da investigação em que o investigador reúne as informações necessárias para responder à questão de pesquisa, utilizando técnicas específicas alinhadas ao desenho de estudo, garantindo consistência e validade (Kline, 2023).

O procedimento de recolha de dados seguiu as seguintes etapas:

- Autorização para a utilização do Questionário: foi solicitada uma autorização formal à Mestre Elsa Freitas, para a utilização do questionário HSOPSC, versão 2.0 (versão mais atualizada), validado, traduzido e adaptado para a cultura portuguesa (Anexo I).
- Autorização da Comissão de Ética: foi solicitado parecer favorável à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da ULS em estudo e a aprovação formal do conselho de administração, acompanhado de um projeto com os objetivos, relevância e ausência de riscos do estudo, garantindo o anonimato e a voluntariedade para a participação no estudo.
- Planeamento: em colaboração com o Enfermeiro Diretor do Departamento de Medicina Crítica, foi definido um cronograma para a recolha de dados, evitando períodos de pico sazonal e que sobrecarregasse as equipas. O período estimado foi de aproximadamente quatro semanas, entre 27 de junho e 31 de julho de 2025.
- Distribuição do Questionário: o questionário HSOPSC, versão 2.0 (Anexo II) foi disponibilizado em formato digital, através de uma plataforma *online* segura, *Microsoft Forms®* com controlo de acesso, acessível por *QR code* ou *link* enviado por *email* institucional. De salvaguardar, que não houve acesso aos *emails* dos participantes, pois a distribuição do questionário HSOPSC, versão 2.0, foi enviado por *email* institucional através do enfermeiro responsável de cada SU.
- Monitorização: durante o período de recolha de dados, foram enviados lembretes semanais pelo enfermeiro responsável de cada serviço por via *email* a incentivar a resposta. A recolha foi encerrada após atingir a meta de respostas e o prazo estipulado. Apenas uma resposta foi dada por cada enfermeiro, vinculando automaticamente a resposta enviada (que não pode ser preenchida novamente) ao endereço de *email* institucional.

A colheita de dados decorreu após parecer positivo da CES e do Conselho de Administração da ULS em estudo.

3.6.1. Instrumento de Recolha de Dados

A escolha do instrumento de recolha de dados é um aspeto importante para garantir a validade e fiabilidade dos resultados (Kline, 2023).

Neste estudo de investigação foi utilizado o questionário HSOPSC, versão 2.0 desenvolvido pela AHRQ. A sua escolha justifica-se pela sua capacidade de medir variáveis latentes de forma estruturada, alinhando-se com as recomendações de Kline (2023), para a utilização de escalas validadas em estudos que envolvem constructos complexos. Adicionalmente, a adaptação e validação transcultural portuguesa do HSOPSC 2.0, realizada por Freitas et al. (2025), demonstrou excelentes propriedades

psicométricas em contexto hospitalar português, com índices de consistência interna elevados (α de Cronbach $> 0,70$ na maioria das dimensões) e validade de constructo confirmada através de análise fatorial.

A autora conclui que esta versão é um instrumento robusto e culturalmente apropriado para avaliar a CSD em hospitais portugueses, recomendando a sua aplicação sistemática em estudos futuros para promover melhorias organizacionais e comparabilidade internacional, o que reforça a adequação do questionário ao tema da segurança do doente neste estudo.

3.6.1.1. Questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)

O questionário HSOPSC, versão 1.0, foi desenvolvido pela AHRQ, uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, em 2004 (Sorra & Nieva, 2004). A AHRQ criou este instrumento para avaliar a CSD em ambientes hospitalares, com o objetivo de identificar pontos fortes e áreas para melhoria nas práticas de segurança do doente.

Posteriormente, este questionário foi adaptado e validado para a cultura portuguesa por Eiras et al. (2014), conforme mencionado, para garantir a sua aplicabilidade no contexto português, cuja validação confirmou consistência interna elevada (alfa de Cronbach > 0.7 para a maioria das dimensões). O questionário HSOPSC, versão 1.0 inclui quarenta e dois itens organizados em doze dimensões da cultura de segurança: (1) Expectativas e Ações da Gestão para Promover a Segurança, (2) Aprendizagem Organizacional, (3) Trabalho em Equipa no Âmbito da Unidade, (4) Comunicação Aberta, (5) *Feedback* sobre Erros, (6) Resposta Não Punitiva aos Erros, (7) Adequação de Recursos Humanos, (8) Suporte da Gestão Hospitalar, (9) Trabalho em Equipa entre Unidades, (10) Transições e Passagem de Turno, (11) Perceções Gerais sobre Segurança, e (12) Frequência de Notificação de Eventos. Cada item é avaliado numa escala de Likert de 5 pontos (1 = Discordo Totalmente; 5 = Concordo Totalmente), com alguns itens de frequência (1 = Nunca; 5 = Sempre) (Eiras et al., 2014).

Em 2019, a AHRQ lançou a versão 2.0 do questionário HSOPSC, introduzindo melhorias significativas em relação à versão 1.0 (Sorra et al., 2021). Esta revisão incluiu a reformulação de itens, redução do número total de perguntas e ajustes nas dimensões para melhor alinhamento com as práticas contemporâneas da segurança do doente. O questionário HSOPSC, versão 2.0 mantém o objetivo de avaliar a CSD em ambientes hospitalares, mas apresenta uma estrutura mais simplificada e atualizada (Sorra et al., 2021). Neste estudo de investigação, o instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário HSOPSC, versão 2.0, que foi adaptado e validado para a cultura portuguesa por Freitas et al. (2025), conforme as alterações realizadas pela AHRQ, em 2019 (Sorra et al., 2019).

O mais recente questionário HSOPSC, versão 2.0 avalia dez dimensões da CSD, sendo que os nomes de algumas das dimensões foram alterados para melhor repercutir o conteúdo avaliado no questionário em relação à versão 1.0 (Freitas et al., 2025).

Portanto, o HSOPSC, versão 2.0 inclui trinta e dois itens que indagam sobre as dez dimensões que a pesquisa avalia, distribuídas em grupos de dois, três e quatro itens ao longo da pesquisa. Destes itens, treze são formulados de forma negativa e dezanove de forma positiva (Sorra et al., 2019; Freitas et al., 2025).

A Tabela 5 mostra a relação entre as dez dimensões, o número de itens e as afirmações do questionário HSOPSC, versão 2.0.

Tabela 5 – A relação entre as 10 dimensões, o número de itens e as afirmações do questionário HSOPSC, versão 2.0 (Sorra et al., 2021; Freitas et al., 2025)

| Dimensões | Nº de itens | Afirmações do HSOPSC versão 2.0 |
|--|-------------|--|
| 1. Trabalho em equipa | 3 | <p>A1: Neste Serviço/Unidade, trabalhamos em conjunto, de forma eficaz, como uma equipa.</p> <p>A8: Durante os períodos de maior atividade, os profissionais deste Serviço/Unidade entreadjudam-se.</p> <p>A9R: Existe um problema de comportamento desrespeitoso por parte de quem trabalha neste Serviço/Unidade.</p> |
| 2. Dotação de pessoal e ritmo de trabalho | 4 | <p>A2: Neste Serviço/Unidade, existem recursos humanos suficientes para corresponder ao trabalho que é exigido.</p> <p>A3R: Os profissionais deste Serviço/Unidade trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados.</p> <p>A5R: Este Serviço/Unidade depende excessivamente de trabalhadores temporários.</p> <p>A11R: O ritmo de trabalho neste Serviço/Unidade é tão intenso que afeta negativamente a segurança do doente.</p> |
| 3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua | 3 | <p>A4: Este Serviço/Unidade revê regularmente os processos de trabalho para determinar se são necessárias ações de melhoria para a segurança do doente.</p> <p>A12: Neste Serviço/Unidade, as ações de melhoria para a segurança do doente são avaliadas para verificar o seu impacto.</p> <p>A14R: Este Serviço/Unidade permite que os mesmos problemas de segurança do doente continuem a acontecer repetidamente.</p> |
| 4. Resposta ao erro | 4 | <p>A6R: Neste Serviço/Unidade os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra si.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | | <p>A7R: Neste Serviço/Unidade, quando um evento é notificado, parece que é a pessoa que está a ser reportada e não o problema.</p> <p>A10: Quando um profissional comete erros, este Serviço/Unidade foca-se em aprender com os erros em vez de colocar a culpa neste.</p> <p>A13R: Neste Serviço/Unidade, existe falta de apoio para os profissionais envolvidos em erros relativos à segurança do doente.</p> |
| 5. Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do doente | 3 | <p>B1: O meu superior hierárquico ou responsável clínico tem em consideração as sugestões da equipa para melhorar a segurança do doente.</p> <p>B2R: O meu superior hierárquico ou responsável clínico quer que trabalhem mais rapidamente durante os períodos de maior atividade, mesmo que isso signifique enveredar por desvios.</p> <p>B3: O meu superior hierárquico ou responsável clínico toma medidas para responder às preocupações relativas à segurança do doente que lhe são apresentadas.</p> |
| 6. Comunicação sobre erro | 3 | <p>C1: Somos informados acerca de erros que acontecem neste Serviço/Unidade.</p> <p>C2: Quando ocorrem erros neste Serviço/Unidade, discutimos sobre formas de prevenir.</p> <p>C3: Neste Serviço/Unidade, somos informados acerca de alterações feitas baseadas na notificação de eventos.</p> |
| 7. Abertura da comunicação | 4 | <p>C4: Neste Serviço/Unidade, os profissionais manifestam-se se observarem algo que possa afetar negativamente a prestação de cuidados ao doente.</p> <p>C5: Os profissionais deste Serviço/Unidade manifestam-se quando veem alguém com mais autoridade a fazer algo que põe em risco a segurança do doente.</p> <p>C6: Quando os profissionais deste Serviço/Unidade falam, os que detêm mais autoridade estão disponíveis para ouvir as suas preocupações relacionadas com a segurança do doente.</p> <p>C7R: Neste Serviço/Unidade, os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar bem.</p> |
| 8. Notificação de eventos de segurança do doente | 2 | <p>D1: Quando um evento/ocorrência é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?</p> <p>D2: Quando um doente é alvo de um evento/ocorrência que poderia tê-lo afetado, mas não o fez, com que frequência é notificado?</p> |
| 9. Suporte da gestão do hospital para a segurança do doente | 3 | <p>F1: As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades.</p> <p>F2: A Direção do Hospital faculta recursos adequados de forma a melhorar a segurança do doente.</p> <p>F3R: A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade.</p> |

| | | |
|--|----------|---|
| 10. Transferências e troca de informações | 3 | <p>F4R: Quando os doentes são transferidos de um Serviço/Unidade para outro, frequentemente são omitidas informações importantes.</p> <p>F5R: Durante as mudanças de turno, frequentemente são omitidas informações importantes sobre os cuidados aos doentes.</p> <p>F6: Durante as mudanças de turno, há tempo suficiente para partilhar todas as informações pertinentes sobre os cuidados dos doentes.</p> |
|--|----------|---|

R: itens reversos (afirmações com formulação negativa)

As respostas usam escalas *Likert* de 5 pontos:

- Para itens de concordância: 1 = Discordo fortemente; 2 = Discordo; 3 = Neutro; 4 = Concordo; 5 = Concordo fortemente.
- Para itens de frequência: 1 = Nunca; 2 = Raramente; 3 = Às vezes; 4 = Na maioria das vezes; 5 = Sempre.
- Opção adicional: "Não se aplica ou não sei" (não conta na análise de dados).

Na *Tabela 6*, mostra que o questionário HSOPSC versão 2.0, inclui ainda duas questões onde avalia o número de eventos notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses e a classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros.

Tabela 6 – Número de eventos notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses e a classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros

| | |
|--|--|
| Número de eventos notificados | <p>a. Nenhum</p> <p>b. 1 a 2</p> <p>c. 3 a 5</p> <p>d. 6 a 10</p> <p>e. 11 ou mais</p> |
| Classificação do serviço quanto à segurança do doente | <p>1. Fraco</p> <p>2. Suficiente</p> <p>3. Bom</p> <p>4. Muito bom</p> <p>5. Excelente</p> |

Esta versão do questionário engloba ainda itens que solicitam informações gerais e contextuais, incluindo a idade, o sexo, a categoria profissional, o serviço/unidade, o tempo de serviço, o contato com

o doente, entre outros. Estas variáveis permitirão análises secundárias para explorar possíveis diferenças nas perceções dos enfermeiros.

3.7. Processamento e Análise dos Resultados

A análise dos dados foi conduzida com rigor estatístico, seguindo as recomendações da AHRQ (2019) para garantir a validade das inferências (Sorra et al., 2019).

O processo de análise seguiu as seguintes etapas:

- O Questionário HSOPSC, versão 2.0 inclui itens com formulação negativa (A3; A5; A6; A7; A9; A11; A13; A14; B2; C7; F3; F4; F5), pelo que as diretrizes emitidas pela AHRQ sugerem a inversão da escala para facilitar a análise, e estes itens foram identificados com um "R" (*Tabela 5*) (Sorra et al., 2021).
- Em seguida foram recodificadas e agrupadas em 3 categorias para facilitar a análise: positiva (abrange as respostas "Concordo", "Concordo fortemente", "Na maioria das vezes" e "Sempre"); neutra (abrange as respostas "Não concordo nem discordo" e "Por vezes"); e negativa (abrange as respostas "Discordo", "Discordo fortemente", "Raramente" e "Nunca") (Sorra et al., 2021).
- Uma vez que os itens foram agrupados nas dimensões de cultura de segurança acima mencionadas (Sorra et al., 2021), a resposta "não aplicável" (9 na escala de *Likert*) foi omitida, a classificação para cada dimensão foi calculada para permitir uma análise comparativa adequada entre elas, e posteriormente analisar as possíveis relações estatísticas entre as variáveis e as tendências através da respetiva mediana (Me).
- O *benchmark* da AHRQ também foi aplicado, o que sugere que classificações positivas de 75% ou mais indicam dimensões "fortes" em relação à cultura de segurança, enquanto, respostas positivas de 50% ou menos correspondem a dimensões "fracas" que requerem melhoria (Sorra et al., 2019).
- Os resultados obtidos através do questionário HSOPSC, versão 2.0, por via *Microsoft Forms*® (via digital) foram exportados e analisados no *software Excel*® e o *software SPSS*®, versão 31.0.
- No campo da estatística inferencial, foram utilizados os testes não paramétricos, uma vez que os postulados necessários para a aplicação de testes paramétricos não são garantidos e não é possível invocar o teorema de limite central (Laureano, 2022). Foram utilizados os seguintes testes não paramétricos:
 - Teste de *Mann-Whitney U*: é um teste não paramétrico adequado para comparar diferenças entre dois grupos independentes quando os dados não seguem uma distribuição normal (Laureano, 2022).

- Teste de correlação de *Spearman*: é um teste não paramétrico que mede a força e a direção da associação entre duas variáveis, utilizando os *rankings* (posições ordenadas) dos dados em vez dos valores originais, sendo adequada para dados ordinais ou quantitativos sem distribuição normal (Laureano, 2022).
- Teste *Kruskal-Wallis*: é um teste não paramétrico utilizado para comparar diferenças entre dois grupos (neste caso, serviços hospitalares SUMC e SUB) em variáveis ordinais ou não normalmente distribuídas (Laureano, 2022).
- O nível de significância utilizado foi de 5%, com recurso ao *software SPSS®*. Kline (2023) enfatiza a importância de notificar índices de ajuste e intervalos de confiança para garantir a transparência dos resultados, o que foi rigorosamente seguido.
- Foi realizada a análise descritiva com o cálculo de medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão), assim como as frequências (relativa e absoluta) para cada dimensão do questionário HSOPSC, versão 2.0, através do *software Excel®*.
- Todas as afirmações/perguntas eram obrigatórias, e como tal, nenhum questionário preenchido foi excluído por dados ausentes.
 - Apresentação Visual: construção de tabelas comparativas e figuras para ilustrar os resultados.
 - Comparação com *benchmarks*: os resultados serão confrontados com valores de referência do questionário HSOPSC disponíveis na base de dados da AHRQ e com outros estudos prévios, para contextualizar os resultados.

3.8. Considerações Éticas da Investigação

A ética "na investigação é o conjunto de permissões e interdições que orienta a conduta dos investigadores, assegurando que as práticas de pesquisa respeitem os valores e os direitos dos indivíduos envolvidos" (Saunders et al., 2019, p. 262), desta forma, este estudo de investigação foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsínquia, do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) e das diretrizes da DGS para estudos em saúde (Despacho n.º. 9390/2021 de 24 de setembro).

Os princípios éticos na pesquisa "(...) incluem o direito à autodeterminação, à privacidade, ao anonimato e confidencialidade, à proteção contra malefícios e desconfortos, e ao tratamento justo e equitativo dos participantes" (Saunders et al., 2019, p. 266).

De forma a dar cumprimento a todos os princípios éticos procedeu-se à elaboração e à entrega de um pedido formal de autorização ao Conselho de Administração e à CES da ULS em estudo, um projeto com

os objetivos do estudo e a população alvo, do qual se obteve um parecer favorável para a realização do mesmo (Parecer nº17/2025). Importa ressaltar, que por questões éticas também, a identificação da instituição foi ocultada.

O estudo priorizou a proteção dos participantes através do consentimento informado livre e esclarecido, que foi disponibilizado através de *link* por *email*. A confidencialidade dos dados foi garantida através do anonimato, e os dados estão armazenados em servidores seguros, durante um período máximo de cinco anos, após o qual serão destruídos. Nenhuma informação privada será transmitida a outrem, sem consentimento, nem será obtida sem autorização. Os participantes nunca serão identificados pelo nome, garantido assim o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos.

Os participantes foram informados no início do questionário sobre os objetivos do estudo e o propósito do trabalho de investigação, assim como, sobre o direito de decidir em não participar e/ou desistir a qualquer momento sem prejuízo, bastando não responder ao questionário. Os resultados serão partilhados com a ULS em estudo em formato agregado, contribuindo para estratégias de melhoria.

Kline (2023) sublinha que a transparência ética é essencial para a credibilidade do estudo, e estas medidas asseguraram a proteção dos participantes e a integridade da investigação.

4. Resultados

Neste capítulo são apresentados e analisados os dados obtidos, destacando os principais resultados relacionados às práticas, perceções e desafios identificados na CSD dos SU da ULS em estudo. Com o intuito de melhorar a estruturação e a visibilidade dos resultados obtidos, este capítulo será organizado em três pontos. No primeiro ponto, os resultados quantitativos relativos às características sociodemográficas e profissionais, no segundo ponto, os resultados quantitativos relativos às dimensões do questionário HSOPSC, versão 2.0, e no terceiro ponto, os resultados qualitativos através da análise de conteúdo da questão aberta do referido questionário.

4.1. Análise Quantitativa das Características Sociodemográficas e Profissionais

As características sociodemográficas e profissionais são fundamentais para compreender o perfil da amostra e contextualizar as suas perceções e práticas relacionadas com a CSD, fornecendo uma base para a análise das dinâmicas organizacionais e profissionais que influenciam a qualidade do cuidado prestado.

Na *Tabela 7* estão apresentadas as características sociodemográficas e profissionais de uma amostra de 77 enfermeiros.

A amostra indica 59 (76,6%) enfermeiros do sexo feminino, com 23 (29,9%) enfermeiros com 45 ou mais anos. Quanto à formação académica, 31 (40,3%) enfermeiros são especialistas e 46 (59,7%) enfermeiros são generalistas, predominando o SUMC com 61 (79,2%) enfermeiros. Da amostra, 76 (98,7%) enfermeiros interagem diretamente com os doentes. Em relação ao processo de acreditação e/ou avaliação externa da qualidade na instituição, 25 (32,5%) enfermeiros afirmam ter conhecimento, e 3 (3,9%) enfermeiros já haviam respondido ao questionário HSOPSC.

Tabela 7 - Características sociodemográficas e profissionais (n = 77 enfermeiros)

| Características sociodemográficas e profissionais | | n | FR (%) |
|---|-----------------|----|--------|
| Género | Feminino | 59 | 76,6% |
| | Masculino | 18 | 23,4% |
| Idade | < 30 anos | 3 | 3,9% |
| | 30 a 34 anos | 15 | 19,5% |
| | 35 a 39 anos | 16 | 20,8% |
| | 40 a 44 anos | 20 | 26,0% |
| | 45 ou mais anos | 23 | 29,9% |
| Enfermeiro Generalista | | 46 | 59,7% |
| Enfermeiro Especialista | | 31 | 40,3% |

| | | | |
|--|---|----|-------|
| Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico | | 61 | 79,2% |
| Serviço de Urgência Básica | | 16 | 20,8% |
| Tempo de exercício profissional no hospital | Menos de 1 ano | 4 | 5,2% |
| | 1 a 5 anos | 17 | 22,1% |
| | 6 a 10 anos | 28 | 36,4% |
| | 11 ou mais anos | 28 | 36,4% |
| Tempo de exercício profissional atual (serviço/unidade) | Menos de 1 ano | 5 | 6,5% |
| | 1 a 5 anos | 22 | 28,6% |
| | 6 a 10 anos | 26 | 33,8% |
| | 11 ou mais anos | 24 | 31,2% |
| Nº de horas de trabalho por semana neste hospital | Menos de 30 horas por semana | 1 | 1,3% |
| | 30 a 40 horas por semana | 38 | 49,4% |
| | Mais de 40 horas por semana | 38 | 49,4% |
| Frequência do contacto direto ou interação com os doentes, no exercício das duas funções | SIM, frequentemente interajo ou tenho contacto direto com doentes | 76 | 98,7% |
| | NÃO, raramente interajo ou tenho contacto direto com doentes | 1 | 1,3% |
| Resposta a este questionário | Sim | 3 | 3,9% |
| | Não | 74 | 96,1% |
| Acreditação/certificação do serviço/unidade onde trabalha | Sim | 25 | 32,5% |
| | Não | 26 | 33,8% |
| | Não sei | 26 | 33,8% |

4.1.1. Número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses

A notificação de EA é essencial para a CSD em serviços de saúde, especialmente em contextos de alta complexidade, como os SU. Trata-se do processo de identificação, registo e análise dos eventos que causam ou podem causar malefícios aos doentes, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados. A *Figura 1* evidencia o número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses. A distribuição absoluta e percentual mostra que a proporção de notificações diminui à medida que o número de eventos aumenta, com 36 (46,8%) enfermeiros a não reportar nenhum evento e 2 (2,6%) enfermeiros a notificar "11 ou mais" eventos.

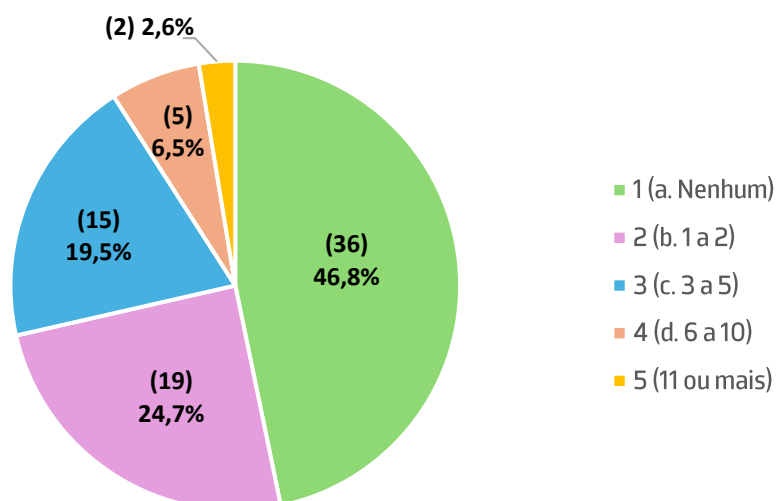


Figura 1 – Número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses

4.1.2. Associação entre o número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses ($n = 77$) e a sua categoria profissional

A associação entre o número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses ($n = 77$) e a sua categoria profissional, procura determinar se diferentes níveis de especialização ou funções, como os enfermeiros generalistas e os enfermeiros especialistas, influenciam a frequência destes relatos, com o objetivo de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde.

A Tabela 8 mostra a associação entre o número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses e a sua categoria profissional. O valor de teste de *Mann-Whitney U* é de 513,500 e o p -valor é de 0,027, o que mostra que há evidências estatisticamente significativas entre o número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros e a sua categoria profissional, ou seja, os enfermeiros generalistas e os enfermeiros especialistas apresentam padrões distintos na notificação de eventos/ocorrências.

Tabela 8 – Associação entre o número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses ($n = 77$) e a sua categoria Profissional

| Variável | Número de eventos de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses | |
|------------------------|---|------------|
| | Teste de <i>Mann-Whitney U</i> | p -valor |
| Categoria Profissional | 513,500 | 0,027* |

a. Variável de Agrupamento: Categoria Profissional

* $p < 0,05$ - Estatisticamente significativo

4.1.3. Classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros

A classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros evidenciada na *Figura 2* reflete a perceção dos enfermeiros sobre a eficácia das práticas e sistemas destinados a prevenir EA e a garantir cuidados com qualidade. A distribuição absoluta e percentual mostra que 23 (29,9%) enfermeiros classificam o serviço como "Fraco", 37 (48,1%) enfermeiros como "Suficiente" e nenhum enfermeiro classificou o serviço como "Excelente".

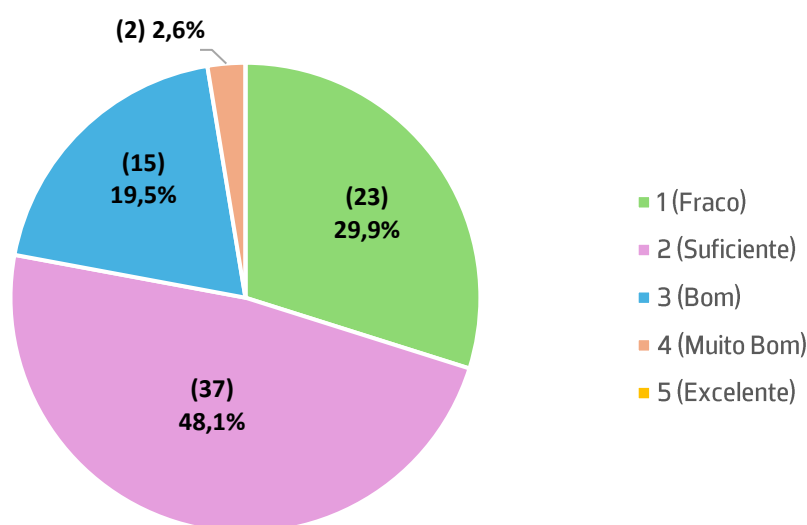


Figura 2 - Classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros

4.1.4. Associação entre a classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros ($n = 77$) e o serviço onde exercem as suas funções

A associação entre a classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros ($n = 77$) e o serviço onde exercem as suas funções, evidenciada na *Tabela 9* procura investigar se diferentes contextos de trabalho, como o SUMC e os dois SUB, influenciam a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente, contribuindo para a identificação de fatores que possam otimizar a qualidade dos cuidados e a gestão de riscos em saúde.

O valor do teste de *Mann-Whitney U* é de 223,000 e o p -valor é de $< 0,001$, o que mostra uma diferença estatisticamente significativa entre os serviços na classificação atribuída pelos enfermeiros à segurança do doente. Os resultados sugerem que a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente varia significativamente entre os diferentes serviços (SUMC e SUB).

Tabela 9 – Associação entre a classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros ($n = 77$) e o serviço (SUMC vs SUB) onde exercem as suas funções

| Variável | Classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros | |
|----------|---|-----------------|
| | Teste de <i>Mann-Whitney U</i> | <i>p</i> -valor |
| Serviço | 223,000 | < 0,001* |

a. Variável de Agrupamento: Serviço

* $p < 0,05$ – Estatisticamente significativo

4.1.5. Análise descritiva do número de eventos de segurança do doente notificados nos últimos 12 meses e da classificação do serviço em relação à segurança do doente atribuído pelos enfermeiros

A análise descritiva do número de eventos/ocorrências de segurança do doente notificados nos últimos 12 meses e da classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros evidenciada na *Tabela 10*, fornece uma visão geral da frequência e variabilidade destes eventos, além da perceção da qualidade da segurança nos serviços em estudo. Estes indicadores permitem identificar tendências centrais e a dispersão dos dados, auxiliando na compreensão do desempenho e na identificação de áreas para melhorias na segurança do doente.

O número de eventos de segurança do doente notificados nos últimos 12 meses tem uma média de 1,94 e uma mediana de 2,00, o que indica cerca de dois incidentes por serviço, com distribuição simétrica e um desvio padrão de 1,08, que sugere variabilidade moderada.

A classificação do serviço quanto à segurança do doente tem uma média de 1,95 e uma mediana de 2,00, o que reflete perceção positiva e homogénea, com desvio padrão de 0,78, que sugere maior consenso.

Tabela 10 – Análise descritiva do número de eventos de segurança do doente notificados nos últimos 12 meses e da classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros

| | Média | Mediana | Desvio padrão |
|---|-------|---------|---------------|
| Número de eventos/ocorrências de segurança do doente notificados nos últimos 12 meses | 1,94 | 2,00 | 1,08 |
| Classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros | 1,95 | 2,00 | 0,78 |

4.2. Análise Quantitativa das Dimensões do Questionário HSOPSC, versão 2.0

A análise quantitativa das dimensões do questionário permite avaliar de forma estruturada as perceções dos enfermeiros sobre a CSD.

A Figura 3 mostra a distribuição percentual da tipologia de respostas por dimensão do questionário. As respostas dos enfermeiros foram recodificadas em categorias positiva, neutra e negativa, proporcionando uma representação clara e acessível das áreas de maior força e das fragilidades identificadas nos SU da ULS em estudo. A análise dos resultados revela uma cultura de segurança predominantemente "fraca".

Nenhuma dimensão atinge $\geq 75\%$ de respostas positivas. A Dimensão 2 (Dotação de pessoal e ritmo de trabalho) é a única com mais de 50% de respostas positivas, com 56%, seguida da Dimensão 4 (Resposta ao erro) com 47% e da Dimensão 1 (Trabalho em equipa) com 44%.

As dimensões mais críticas são a Dimensão 8 (Notificação de eventos) com 10% de respostas positivas, a Dimensão 6 (Comunicação sobre erro) com 18% e a Dimensão 9 (Suporte da gestão do hospital) com 29%.

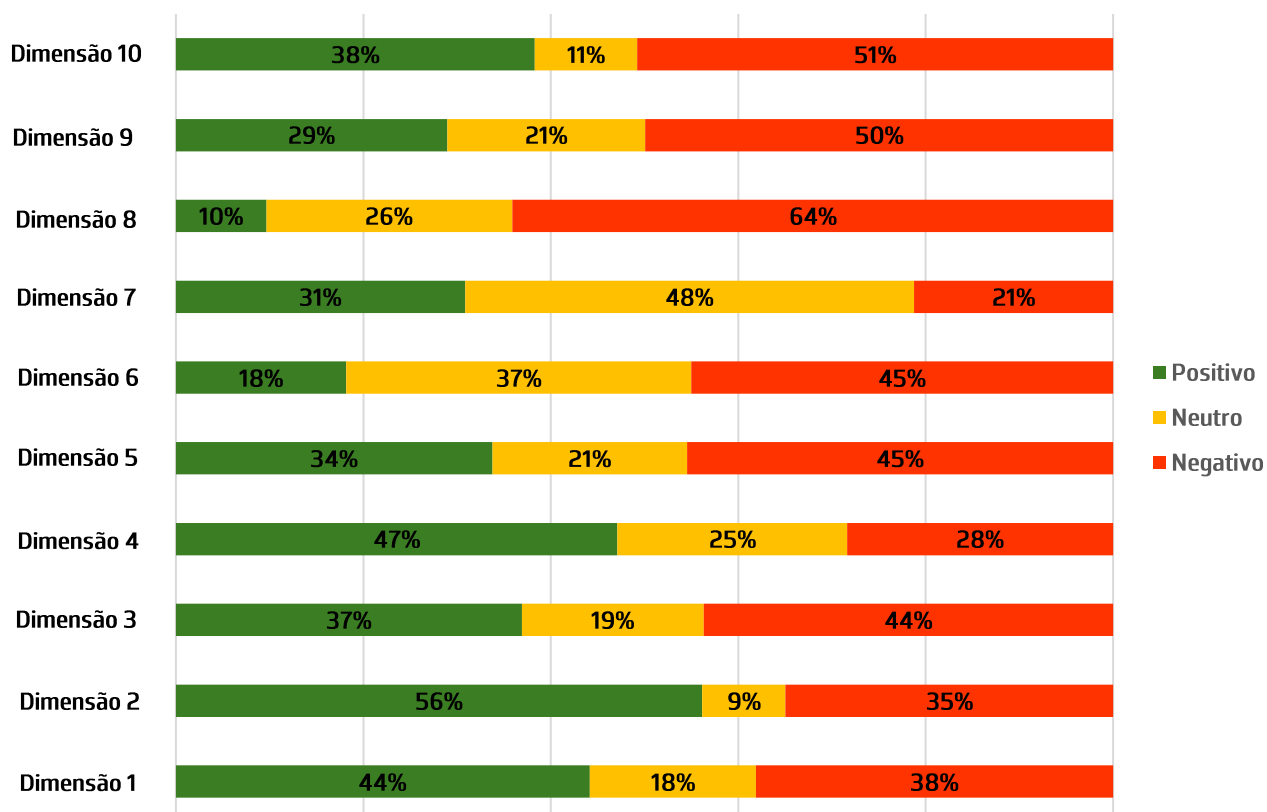


Figura 3 - Distribuição percentual da tipologia de respostas por dimensão do HSOPSC, versão 2.0 (Dimensão 1: Trabalho em equipa; Dimensão 2: Dotação de pessoal e ritmo de trabalho; Dimensão 3: Aprendizagem organizacional – melhoria contínua; Dimensão 4: Resposta ao erro; Dimensão 5: Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do doente;

Dimensão 6: Comunicação sobre erro; Dimensão 7: Abertura da comunicação; Dimensão 8: Notificação de eventos de segurança do doente; Dimensão 9: Suporte da gestão do hospital para a segurança do doente; Dimensão 10: Transferências e troca de informações).

4.2.1. Análise descritiva por dimensão do HSOPSC, versão 2.0

A análise descritiva das respostas dos enfermeiros relativamente às dez dimensões da CSD avaliadas pelo questionário evidenciada na *Tabela 11*, proporciona uma visão geral da perceção da cultura e qualidade da segurança nos serviços em estudo. Estes indicadores estatísticos permitem quantificar a perceção central e a variabilidade das avaliações, oferecendo uma base objetiva para identificar pontos fortes e fragilidades na CSD.

A dimensão com a média mais elevada é a Dimensão 10 (Transferências e troca de informações), com 3,56, seguida da Dimensão 7 (Abertura da comunicação), com 3,30, e da Dimensão 5 (Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do doente), com 3,22. A dimensão com a média mais baixa é a Dimensão 2 (Dotação de pessoal e ritmo de trabalho), com 2,10, seguida da Dimensão 9 (Suporte da gestão do hospital para a segurança do doente), com 2,17, e da Dimensão 8 (Notificação de eventos de segurança do doente), com 2,35. As medianas mais altas registam-se na Dimensão 10 (4,00) e na Dimensão 5 (3,67), enquanto as mais baixas ocorrem na Dimensão 3 e na Dimensão 9 (ambas com 2,00). O desvio padrão varia entre 0,81 (Dimensão 7) e 1,06 (Dimensão 5), indicando maior dispersão na Dimensão 5 e menor na Dimensão 7.

Tabela 11 – Análise descritiva por dimensão do HSOPSC, versão 2.0

| | Média | Mediana | Desvio Padrão |
|--|-------|---------|---------------|
| Dimensão 1 (Trabalho em equipa) | 3,12 | 3,00 | 1,03 |
| Dimensão 2 (Dotação de pessoal e ritmo de trabalho) | 2,10 | 2,25 | 0,95 |
| Dimensão 3 (Aprendizagem organizacional – melhoria contínua) | 2,46 | 2,00 | 1,02 |
| Dimensão 4 (Resposta ao erro) | 2,70 | 2,50 | 1,00 |
| Dimensão 5 (Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do doente) | 3,22 | 3,67 | 1,06 |
| Dimensão 6 (Comunicação sobre erro) | 2,67 | 2,67 | 0,86 |

| | | | |
|---|------|------|------|
| Dimensão 7 (Abertura da comunicação) | 3,30 | 3,00 | 0,81 |
| Dimensão 8 (Notificação de eventos de segurança do doente) | 2,35 | 2,00 | 0,82 |
| Dimensão 9 (Suporte da gestão do hospital para a segurança do doente) | 2,17 | 2,00 | 0,87 |
| Dimensão 10 (Transferências e troca de informações) | 3,56 | 4,00 | 1,00 |

4.2.2. Associação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros (idade, experiência no serviço e na instituição; $n = 77$) e as dez dimensões do questionário HSOPSC, versão 2.0

A associação entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros (idade, experiência no serviço e na instituição; $n = 77$) e as dez dimensões do questionário evidenciada na *Tabela 12* avalia aspetos cruciais da CSD. O objetivo é identificar como a maturidade profissional e a longevidade no contexto organizacional influenciam a perceção da CSD nos SU em estudo, contribuindo para a compreensão de padrões que possam orientar intervenções alinhadas ao PNSD 2021–2026, promovendo ambientes de cuidado mais seguros e resilientes.

Existem correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$). A idade está correlacionada à Dimensão 2 (Dotação de pessoal e ritmo de trabalho, $p = 0,026$), Dimensão 4 (Resposta ao erro, $p = 0,010$), Dimensão 5 (Apoio do supervisor, gestor ou liderança clínica para a segurança do doente, $p = 0,009$) e Dimensão 9 (Suporte da gestão do hospital para a segurança do doente, $p = 0,021$). A experiência no serviço e na instituição influencia a Dimensão 7 (Abertura da comunicação, $p = 0,004$ e $p = 0,049$, respetivamente). As demais Dimensões (1, 3, 6, 8 e 10) não apresentam associações significativas.

Tabela 12 - Associação entre as variáveis sociodemográfica (idade, experiência no serviço e experiência na organização) dos enfermeiros ($n = 77$) e as dez dimensões do HSOPSC, versão 2.0

| Variável | Teste de Spearman | | |
|------------|-------------------|------------------------|----------------------------|
| | Idade | Experiência no serviço | Experiência na instituição |
| | <i>p</i> -valor | <i>p</i> -valor | <i>p</i> -valor |
| Dimensão 1 | 0,053 | 0,136 | 0,061 |
| Dimensão 2 | 0,026 * | 0,181 | 0,150 |
| Dimensão 3 | 0,061 | 0,146 | 0,092 |
| Dimensão 4 | 0,010 * | 0,055 | 0,060 |
| Dimensão 5 | 0,009 * | 0,290 | 0,222 |
| Dimensão 6 | 0,063 | 0,114 | 0,073 |

| | | | |
|-------------|--------|--------|--------|
| Dimensão 7 | 0,092 | 0,004* | 0,049* |
| Dimensão 8 | 0,096 | 0,125 | 0,110 |
| Dimensão 9 | 0,021* | 0,109 | 0,062 |
| Dimensão 10 | 0,194 | 0,064 | 0,090 |

a. Teste de *Spearman*

* $p < 0,05$ - Estatisticamente significativo

4.2.3. Associação entre a variável serviço (SUMS vs SUB) ($n = 77$) e as dez dimensões do HSOPSC, versão 2.0

A associação entre a variável serviço (SUMS vs SUB) ($n = 77$) e as dez dimensões do questionário evidenciada na *Tabela 13*, é essencial para perceber como o contexto do serviço pode influenciar a satisfação profissional dos enfermeiros, considerando as diferentes dimensões do HSOPSC, versão 2.0. Esta abordagem permite identificar padrões e possíveis relações que contribuam para a compreensão do bem-estar e desempenho dos enfermeiros no serviço (SUMC vs SUB).

O valor de p indica se há diferenças estatisticamente significativas (considerando $p < 0,05$ como critério de significância), e o valor de H reflete a magnitude da diferença entre os grupos.

Os resultados do teste *Kruskal-Wallis* apresentados mostra que há diferenças estatisticamente significativas na perceção da segurança do doente entre enfermeiros ($n = 77$) em cinco dimensões específicas, na Dimensão 1 ($p < 0,001$), Dimensão 2 ($p = 0,008$), Dimensão 3 ($p = 0,004$), Dimensão 6 ($p = 0,046$) e Dimensão 10 ($p = 0,027$). As restantes dimensões não apresentam diferenças significativas ($p > 0,05$).

Tabela 13 - Associação da variável serviço (SUMC vs SUB) ($n = 77$) com as dez dimensões do HSOPSC, versão 2.0

| Variável | Serviço (SUMC vs SUB) | | |
|-------------|-------------------------|----|------------|
| | <i>Kruskal-Wallis H</i> | df | p -valor |
| Dimensão 1 | 13,512 | 1 | <0,001* |
| Dimensão 2 | 6,967 | 1 | 0,008* |
| Dimensão 3 | 8,322 | 1 | 0,004* |
| Dimensão 4 | 1,099 | 1 | 0,295 |
| Dimensão 5 | 2,587 | 1 | 0,108 |
| Dimensão 6 | 3,973 | 1 | 0,046* |
| Dimensão 7 | 0,348 | 1 | 0,555 |
| Dimensão 8 | 2,187 | 1 | 0,139 |
| Dimensão 9 | 2,036 | 1 | 0,154 |
| Dimensão 10 | 4,872 | 1 | 0,027* |

a. Teste *Kruskal Wallis* | b. Variável de Agrupamento: SERVIÇO

* $p < 0,05$ – Estatisticamente significativo; df – Graus de liberdade.

4.3. Análise de Conteúdo dos Resultados do Questionário HSOPSC, versão 2.0

A análise de conteúdo das respostas abertas (Q13 a Q76) do questionário HSOPSC, versão 2.0, aplicado nos SU da ULS em estudo, revela preocupações centrais dos profissionais de saúde sobre a CSD (Apêndice I). As respostas foram organizadas segundo as dez dimensões do questionário HSOPSC, versão 2.0, identificando temas emergentes, padrões e implicações para a melhoria da segurança. Abaixo, é apresentada uma análise detalhada, integrando as frases completas das respostas para ilustrar os temas, seguida de recomendações práticas.

Na Dimensão 1 [Trabalho em Equipa]: Promoção do trabalho colaborativo, redução de rivalidades entre os profissionais, formação de equipas coordenadas, maior empatia e menos crítica entre colegas de trabalho.

[Q19] refere-se a *“certificação de competências dos enfermeiros generalistas e valorização do seu papel no SUMC em função dessas mesmas competências por forma a motivar o trabalho de equipa e limar rivalidades entre enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas, formação de equipas de trabalho com um coordenador que assuma a gestão de cada equipa, simulação/treino de casos clínicos em equipa”*, sugerindo que intervenções como treino em conjunto podem mitigar tensões hierárquicas e melhorar a coesão. Já [Q34] *“menos conversa, mais ação. Menos cochichos, mais equipa. Menos crítica, mais empatia. A segurança do doente começa quando TODOS os profissionais se preocupam com pessoas”*, destaca a necessidade de substituir críticas por empatia, enquanto [Q36] menciona *“inexistência de bullying entre profissionais (especialistas, generalistas, os que trabalham nesta ou em outra área, por exemplo...)”*.

Na Dimensão 2 [Dotação de Pessoal e Ritmo de Trabalho]: Necessidade do aumento de recursos humanos (enfermeiros, auxiliares, pessoal de segurança), adequação de rácios profissionais/utentes, redução de trabalho suplementar e exaustão da equipa, substituição de baixas e alocação adequada de substitutos.

[Q15] refere *“criar lista com enfermeiros para realizar transportes. Reforçar a equipa > equipa exausta risco aumentado de acidentes, segurança do doente posta em causa”*, [Q16] defende *“necessidade rácio adequado de enfermeiros de acordo com as dotações seguras da ordem dos enfermeiros”*. [Q17] refere *“melhorar recursos humanos e materiais”*, [Q23] *“garantir dotações seguras”*, [Q26] *“respeitar as dotações seguras calculadas anualmente. Substituir as baixas do serviço e não colocar os substitutos*

nos serviços que convém”, [Q36] “maior número de Enfermeiros e Auxiliares. Auxiliares com maior formação”, [Q39] “haver recursos humanos e materiais suficientes e efetivos”, [Q65] “considero, desproporcional o rácio médico-utentes para o rácio enfermeiro-utentes sobretudo na sala de admissão 1... Poderia ser colmatado com o aumento do número de enfermeiros nesta área” e [Q75] “aumento dos recursos humanos de enfermagem e de TAS”.

Dimensão 3 [Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua]: Necessidade de formação contínua, certificação de competências, simulação de casos clínicos, ações de sensibilização para segurança e melhoria dos processos de cuidado.

[Q14] propõe *“ações de formação e sensibilização para melhoria da segurança dos cuidados!”*, enquanto [Q16] enfatiza *“formação contínua e obrigatória na área temática”*. [Q19] refere *“simulação/treino de casos clínicos em equipa”*, [Q36] menciona *“auxiliares com maior formação”* e [Q76] destaca *“formação disponibilizada pela instituição acerca do tema”*.

Dimensão 4 [Resposta ao Erro]: Importância de uma abordagem construtiva e não punitiva aos erros, com supervisão colaborativa e análise de incidentes para melhoria contínua.

[Q40] *“o rigor só é atingido se houver supervisão (medida que contribui na partilha de conhecimento / experiência entre pares na promoção da segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados). Supervisão que se quer construtiva / colaborativa e não mais vista como forma de fiscalização punitiva ou controle autoritário”*.

Dimensão 5 [Apoio do Supervisor, Gestor ou Liderança Clínica para a Segurança do Doente]: Necessidade de maior supervisão clínica, gestão hierárquica eficaz, coadjuvação para enfermeiros gestores, valorização de competências e clareza na cultura organizacional.

[Q19] menciona *“supervisão clínica de pares durante a integração no SUMC, supervisão clínica de pares durante a integração na Sala de Emergência”*, [Q27] defende *“aumentar a supervisão dos cuidados, clarificar a cultura organizacional, valorizar a competência profissional e não atribuir cargos aleatoriamente ou por interesses/influências, os gestores não ocuparem dois cargos, haver coadjuvação para o enfermeiro gestor”* e [Q70] resume *“melhor gestão hierárquica”*.

Dimensão 6 [Comunicação sobre Erro]: Necessidade de *feedback* sobre notificações de risco, resposta eficaz aos incidentes reportados e incentivo à notificação de erros.

[Q16] *“resposta adequada e eficaz às notificações de risco”*, [Q36] *“existir feedback das notificações de risco e sobretudo ações no sentido de eliminar esse risco”* e [Q40] *“é crucial que haja uma cultura organizacional que incentive a notificação de incidentes permitindo que os erros sejam analisados na busca contínua para a melhoria”*.

Dimensão 7 [Abertura da Comunicação]: Escuta ativa dos profissionais, envolvimento nas decisões, maior interação entre administração, chefias e equipas, e reuniões regulares para partilha de ideias.

[Q13] *“as pessoas que trabalham 24h constantemente neste serviço deveriam ser ouvidas e respeitarem as suas propostas para o serviço. Envolverem estes profissionais nas decisões sobre este serviço”*, [Q25] *“maior interação entre a administração, chefias com as equipas de trabalho!”*, [Q27] *“aumentar as reuniões com a equipa”*, [Q36] *“reuniões entre funcionários e chefias de forma individual/pequenos grupos”* e [Q47] *“auscultarem a opinião dos profissionais e terem em consideração a mesma”*.

Dimensão 8 [Notificação de Eventos de Segurança do Doente]: Incentivo à notificação de incidentes, *feedback* sobre notificações de risco e ações para eliminar riscos reportados.

[Q16] *“resposta adequada e eficaz às notificações de risco”*, [Q36] *“existir feedback das notificações de risco e sobretudo ações no sentido de eliminar esse risco”* e [Q40] *“é crucial que haja uma cultura organizacional que incentive a notificação de incidentes permitindo que os erros sejam analisados na busca contínua para a melhoria”*.

Dimensão 9 [Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente]: Necessidade de apoio da gestão na alocação de recursos, respeito às dotações seguras, investimento na equipa de urgência e clareza na cultura organizacional.

[Q17] *“melhorar recursos humanos e materiais”*, [Q26] *“respeitar as dotações seguras calculadas anualmente. Substituir as baixas do serviço e não colocar os substitutos nos serviços que convém”*, [Q27] *“investir na equipa do serviço de urgência”* e [Q39] *“haver recursos humanos e materiais suficientes e efetivos”*.

Dimensão 10 [Transferências e Troca de Informações]: Melhoria na privacidade durante passagens de turno, clareza nas informações trocadas e organização de processos como transportes de doentes.

[Q15] *“criar lista com enfermeiros para realizar transportes”* e [Q36] *“maior privacidade nas passagens de turno”*.

5. Discussão

O presente trabalho de investigação visa avaliar a perceção dos enfermeiros relativamente à CSD no SUMC e nos dois SUB de uma ULS da região norte de Portugal, respondendo à questão de investigação central: *“Qual a perceção dos enfermeiros relativamente à Cultura de Segurança do Doente no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e nos dois Serviços de Urgência Básica de uma Unidade Local de Saúde da região norte?”*.

Esta pesquisa, num contexto onde a segurança do doente, é um pilar essencial da qualidade em saúde, conforme preconizado pela OMS, que estima que cerca de 1 em cada 10 doentes sofre EA evitáveis em ambientes hospitalares, com impactos globais que incluem mais de 3 milhões de mortes anuais atribuídas a cuidados inseguros (OMS, 2023).

Em Portugal, o PNSD 2021–2026, instituído pela DGS, alinha-se a estas preocupações internacionais, estabelecendo metas ambiciosas como o aumento de 20% nas notificações de incidentes, até 2026, e a redução de, pelo menos, 30% em taxas específicas de IACS, promovendo uma CSD robusta através de pilares como cultura de segurança, liderança, comunicação, prevenção de incidentes e práticas seguras (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

Os SU, em particular, representam cenários de alta complexidade, caracterizados por imprevisibilidade, elevada rotatividade de doentes, diversidade de patologias e pressão constante sobre os profissionais, fatores que elevam o risco de EA, como erros de medicação (9,8% dos casos), IACS (39,7%) e complicações em procedimentos (26,7%), conforme dados nacionais de Silva et al. (2025).

Na região norte, estes desafios são agravados pela dispersão geográfica, envelhecimento demográfico, com 28,1% da população acima de 65 anos (INE, 2021); e, sobrecarga sazonal, que testam a resiliência organizacional e reforçam a necessidade de investigações locais para adaptar estratégias do PNSD, promovendo não apenas a minimização de riscos, mas também a aprendizagem organizacional e o envolvimento multidisciplinar, alinhados aos *frameworks* globais da OMS que visam reduzir em 50% os EA evitáveis até 2030 (OMS, 2021).

Esta investigação adota uma abordagem quantitativa, de carácter observacional, onde foi realizada uma análise de conteúdo sistemática dos dados recolhidos; e utiliza o questionário HSOPSC, versão 2.0, uma ferramenta desenvolvida pela AHRQ (Sorra et al., 2019) e validada para a população portuguesa por Freitas et al. (2025). Foi aplicada a uma amostra de 77 enfermeiros, representando 71% da população-alvo, conforme recomendações da AHRQ para robustez estatística, com o intuito de descrever as perceções dos enfermeiros nas dez dimensões da CSD, identificar forças e fragilidades. Esta condição assegura condições metodológicas robustas para propor recomendações práticas que contribuam para

a implementação local do PNSD, preenchendo lacunas na literatura nacional, onde os estudos frequentemente se concentram em grandes hospitais urbanos, deixando subexplorados os contextos regionais (Eiras et al., 2014; Brás et al., 2023).

Os resultados sociodemográficos e profissionais oferecem uma visão detalhada do perfil da amostra deste estudo de investigação. A amostra ($n = 77$ enfermeiros) deste estudo apresenta uma distribuição de género desequilibrada, com 59 (76,6%) do sexo feminino, e apenas 18 (23,4%) do sexo masculino. Este padrão é congruente com a estrutura da força de trabalho da enfermagem em Portugal, onde as mulheres representam cerca de 90–95% dos profissionais (INE, 2021). Internacionalmente, a OMS (2020) estima que as mulheres compõem 89% da força de trabalho global de enfermagem.

Na amostra, o grupo etário que regista maior frequência é o de 45 ou mais anos ($n = 23$, 29,9%). Segundo o *International Council of Nurses* (ICN, 2022), cerca de 30% dos enfermeiros têm mais de 50 anos, um fenómeno agravado pela emigração de jovens profissionais durante a crise económica de 2008–2014. Comparativamente, um estudo de Aiken et al. (2012) sobre a força de trabalho de saúde indica que em Portugal, a média etária dos enfermeiros hospitalares é de 42 anos, superior à média da União Europeia (39 anos), o que pode ser atribuído a uma taxa de renovação baixa, estimada em 5–7% anualmente pelo INE (2021).

Do ponto de vista da CSD, esta maturidade etária representa uma vantagem, pois a experiência acumulada está associada a uma maior competência em avaliação de riscos e tomada de decisões sob pressão, como demonstrado num estudo longitudinal sobre práticas em SU portuguesas (Neves et al., 2021), que encontrou correlações positivas entre a idade acima de 40 anos e a adesão a protocolos de segurança. Contudo, o risco de fadiga e erros devido ao envelhecimento fisiológico é uma preocupação e a OMS (2020) alerta que profissionais com mais de 45 anos apresentam mais 20% de probabilidade de erros com medicação em turnos prolongados, comum em SU. A baixa proporção de jovens com idade inferior a 30 anos pode indicar uma falha na sucessão geracional, limitando a inovação e a adoção de tecnologias de segurança (Neves et al., 2021).

A amostra revela uma presença significativa de 31 enfermeiros especialistas (40,3%), comparativamente com 46 (59,7%) enfermeiros generalistas, o que sugere uma equipa com capacidade para intervenções avançadas em situações de urgência/emergência. Em Portugal, a especialização na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica é regulada pela OE (2020), e estudos como o de Ferreira et al. (2023) indicam que cerca de 35–45% dos enfermeiros dos SU possuem especialidade, um valor alinhado com a amostra.

A nível internacional, a *American Nurses Association* (ANA) corrobora que, nos SU, as equipas com mais de 30% de especialistas reduzem em 15% os EA, graças a competências em triagem e gestão de crises (ANA, 2018). Esta composição favorece a cultura de segurança, pois os especialistas promovem práticas baseadas em evidências, como a adesão ao modelo ISBAR (*Identification–Situation–Background–Assessment–Recommendation*) para a comunicação, essencial em SU para prevenir falhas de informação/comunicação (Müller et al., 2018). No entanto, sendo a maioria, enfermeiros generalistas, pode indicar subutilização de recursos especializados, devido a barreiras formativas, como o custo das especializações em enfermagem (OE, 2020).

Num contexto de sobrecarga, esta dualidade pode gerar desigualdades na perceção de segurança, pois, os enfermeiros generalistas podem sentir-se menos preparados para cenários complexos, como evidenciado num inquérito português sobre *burnout* em SU (Marôco et al., 2016), onde 50% dos enfermeiros generalistas notificaram insegurança em protocolos avançados.

O tempo de exercício profissional no serviço/unidade atual é de 26 (33,8%) enfermeiros entre 6 a 10 anos e 24 (31,2%) com 11 ou mais anos de experiência em SU. Estes valores corroboram a média nacional de 8 anos em SU (INE, 2021), indicando estabilidade, mas também estagnação. De acordo com o estudo de Aiken et al., (2012), associa mais de 10 anos de experiência a 18% menos de erros de medicação, devido à familiaridade com protocolos locais.

Na amostra, a carga de trabalho é de 38 (49,4%) enfermeiros a fazer 30 a 40 horas por semana e 38 (49,4%) enfermeiros a fazer mais de 40 horas por semana. Estes resultados estão alinhados com a carga horária padrão dos enfermeiros em hospitais públicos portugueses de 35 horas por semana, conforme estipulado no regime de trabalho do SNS (OE, 2020). Isto é indicativo que, grande parte dos enfermeiros trabalha as 40 horas (Código do Trabalho, 2009). A inclinação para mais de 40 horas, com 60% a exceder as 42 horas em SU (OE, 2020), reflete a prática comum de turnos extras, aumentando o risco de erros em 15% devido à fadiga (Rogers et al., 2004), comprometendo a segurança do doente, o que evidencia desigualdades estruturais no SNS (Aiken et al., 2012).

A maioria dos enfermeiros interagem frequentemente com os doentes (76 enfermeiros – 98,7%), alinhado com o papel central da enfermagem em SU (ANA, 2018). Esta proximidade fomenta a empatia e a deteção precoce de riscos, mas expõe a *stress*, com 70% a referir fadiga (Marôco et al., 2016).

Quanto à acreditação do serviço a distribuição mostra-se equilibrada pois 25 (32,5%) enfermeiros referiram que o serviço é acreditado; 26 (33,8%) enfermeiros referiram que o serviço não é acreditado; e 26 (33,8%) enfermeiros referiram que não sabem. Hussein et al. (2021) associa a acreditação dos serviços a 20% melhores perceções de segurança entre os enfermeiros, pois a incerteza de como saber

atuar pode indicar falhas comunicacionais, sendo recomendado auditorias regulares para alinhar percepções com realidade.

O perfil da amostra ($n = 77$ enfermeiros) mostra uma equipa experiente e qualificada, favorável à cultura de segurança, mas, vulnerável à sobrecarga e ao *burnout*, todavia, existe a necessidade de políticas de retenção, formação contínua e acreditação universal para otimizar práticas em SU (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

A constatação de que 26 (33,8%) enfermeiros desconhecem, se o serviço é acreditado, é significativa e preocupante, pois reflete, uma lacuna comunicacional que, pode impactar negativamente a CSD. A falta de conhecimento sobre a acreditação pode indicar problemas estruturais na comunicação interna (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro). Sorra e Dyer (2010), destacam que a ausência de uma comunicação clara sobre os padrões de qualidade, como os associados à acreditação, pode levar a desvios nas percepções dos enfermeiros e nas práticas institucionais, reduzindo a eficácia de iniciativas de segurança.

Em relação ao número de EA de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses reflete um padrão de subnotificação acentuado, com 36 (46,8%) enfermeiros indicando "Nenhum" evento notificado, 19 (24,7%) enfermeiros notificaram "1 a 2" eventos, 15 (19,5%) enfermeiros notificaram "3 a 5" eventos, 5 (6,5%) enfermeiros notificaram "6 a 10" eventos, e apenas 2 (2,6%) enfermeiros notificaram "11 ou mais" eventos.

Esta configuração, na qual a maioria dos enfermeiros (46,8%) não notificou qualquer EA, releva a que a proporção de notificações diminui progressivamente à medida que o número de EA aumenta, culminando numa minoria residual de 2,6% de notificação para valores mais elevados, o que indica não apenas uma baixa incidência percebida de EA em contexto de SU, mas também uma potencial subestimação da real prevalência devido a barreiras sistémicas e culturais no processo de notificação.

Este padrão de distribuição é congruente com evidências recentes sobre a subnotificação de EA, particularmente em SU, onde a pressão temporal e a complexidade dos fluxos de trabalho podem inibir a documentação formal de incidentes (Hamed & Konstantinidis, 2022).

Hamed e Konstantinidis (2022) analisaram barreiras à notificação de EA entre os enfermeiros em cuidados críticos, e observaram que 70–80% dos EA potenciais permanecem não notificados, atribuindo a fatores como medo de retaliação, falta de *feedback* sobre relatórios anteriores e sobrecarga operacional, elementos que corroboram a predominância da categoria "Nenhum" na presente amostra.

Em Portugal, esta distribuição alinha-se com os dados de prevalência de EA em SU, onde a notificação é influenciada por contextos locais como a estrutura do SNS. Embora estudos recentes específicos sobre

SU sejam escassos, uma análise retrospectiva por Gomes et al. (2022) sobre reações adversas a medicamentos em SU portugueses identificou uma prevalência de 5–8% relacionadas a EA, com subnotificação estimada em 50–60% devido a barreiras como a ausência de sistemas eletrónicos integrados e a priorização de cuidados imediatos, o que pode explicar, porque apenas 6,5% e 2,6% da amostra notificaram faixas mais elevadas de EA, possivelmente reservadas a incidentes graves ou cumulativos.

Esta tendência decrescente reforça a necessidade de intervenções multifacetadas, como as preconizadas pela OMS, no seu guia de 2023 para a CSD, que recomendam a implementação de relatórios anónimos e formação contínua para elevar as taxas de notificação de 20–40% para níveis próximos de 70%, mitigando assim, o risco de perpetuar ciclos de subestimação em ambientes de alta intensidade como os SU (OMS, 2023).

O nosso estudo evidenciou, ainda, que a equipa de enfermagem em contexto de SU tem uma perceção moderada de exposição a EA, sublinhando desafios persistentes na notificação que podem comprometer a aprendizagem organizacional e a melhoria da segurança. Este perfil sugere oportunidades para políticas locais no SNS, como a adoção de ferramentas digitais de notificação e programas de mentoria, alinhados com recomendações de estudos como o de Garrett e Melo (2025), que enfatizam estratégias para promover a notificação em cuidados intensivos e de SU, potencialmente elevando a proporção de notificações e reduzindo a assimetria entre categorias de frequência.

A associação entre o número de EA de segurança do doente notificados pelos enfermeiros nos últimos 12 meses, e a sua categoria profissional, no contexto do estudo, revelou uma diferença estatisticamente significativa, indicando que a categoria profissional, enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas, influencia a frequência de notificação de EA. Rocha et al. (2023) corroboram que, em SU portugueses, os enfermeiros especialistas tendem a relatar mais EA devido à maior exposição a casos complexos e à sensibilização para protocolos de segurança, enquanto enfermeiros generalistas podem subnotificar por medo de represálias ou falta de familiaridade com os sistemas de notificação. A significância estatística sugere que fatores associados à categoria profissional, como formação, experiência ou papéis organizacionais, influenciam a transparência na notificação.

Brás et al. (2023) destacam que culturas punitivas em hospitais portugueses contribuem para taxas de subnotificação de até 57,9%, especialmente entre os enfermeiros menos experientes, o que pode explicar o porquê de os enfermeiros generalistas relatarem menos EA em comparação com os enfermeiros especialistas.

A barreira cultural à notificação de EA está alinhada com os resultados qualitativos da Dimensão 8 (Notificação de Eventos de Segurança do Doente), onde os enfermeiros destacam a necessidade de uma cultura organizacional que promova a transparência. As implicações dos resultados são significativas para a CSD, pois a subnotificação de EA compromete a identificação de falhas sistémicas, aumentando o risco de recorrências. Slawomirski e Klazinga (2022) estimam que a subnotificação global contribui para 134 milhões de EA anuais, muitos evitáveis, com perdas de DALYs que poderiam ser amenizados por sistemas de notificação robustos.

No contexto português, Brás et al. (2023), relatam que a falta de transparência está associada a taxas de recorrência de EA até 25%, reforçando a necessidade de intervenções para uniformizar a notificação entre as categorias profissionais. A diferença estatisticamente significativa sugere que os enfermeiros especialistas podem estar mais alinhados com práticas de *"just culture"*, enquanto, os enfermeiros generalistas enfrentam barreiras culturais ou estruturais, como a ausência de *feedback* estruturado, conforme observado por Alhawajreh et al. (2023), que demonstram que sistemas de notificação anónimos aumentam a notificação em 35%.

Para abordar estas limitações e melhorar a CSD, recomenda-se a implementação de intervenções alinhadas ao Pilar 4 do PNSD 2021–2026, que enfatiza a gestão de incidentes. Peta e Navaroli (2024) sugerem programas de *"just culture"* que aumentam a mediana de perceções de apoio pós-EA de 2,5 para 3,5, promovendo maior transparência entre todas as categorias profissionais.

Slawomirski e Klazinga (2022) propõem a utilização de plataformas digitais para *feedback* em tempo real, sugerindo que as mesmas podem aumentar a notificação em 30%, especialmente entre enfermeiros generalistas. Todavia, Alhawajreh et al. (2023) recomendam formação em notificação de EA, para uniformizar práticas e reduzir a variabilidade observada. Auditorias regulares da cultura organizacional. Brás et al. (2023) sugerem identificar barreiras específicas por categoria profissional, promovendo uma CSD mais coesa e alinhada aos *benchmarks* da AHRQ (2024) e OCDE (2024).

No que diz respeito, à classificação do serviço quanto à segurança do doente, a amostra de enfermeiros ($n = 77$) apresenta uma distribuição preocupante, pois 29,9% (23 enfermeiros) classificaram o serviço como *"Fraco"*, 48,1% (37 enfermeiros) como *"Suficiente"*, 19,5% (15 enfermeiros) como *"Bom"* e apenas 2,6% (2 enfermeiros) como *"Muito Bom"*, com nenhum enfermeiro atribuindo a classificação *"Excelente"*. Esta distribuição, com predominância de avaliações negativas a moderadas (77,9% entre *"Fraco"* e *"Suficiente"*) e uma proporção marginal de avaliações positivas (22,1% entre *"Bom"* e *"Muito Bom"*), remete para uma perceção predominantemente crítica da cultura de segurança nos SU deste estudo, refletindo desafios sistémicos que podem comprometer a qualidade do cuidado e a prevenção de EA.

A elevada proporção de classificações "*Fraco*" (29,9%) e "*Suficiente*" (48,1%) alinha-se com estudos recentes que apontam para perceções de segurança desfavoráveis em ambientes de SU, frequentemente associados a fatores como sobrecarga de trabalho, falta de recursos e comunicação ineficaz entre as equipas (Varndell et al., 2025).

Um estudo transversal de Varndell et al. (2025), realizado em SU, revelou que 65% dos enfermeiros percecionavam a segurança do doente como "*moderada*" ou "*baixa*", atribuindo isso a barreiras estruturais, como rácios enfermeiro-doente inadequados e turnos prolongados, que são comuns no contexto português do SNS.

Esta perceção negativa é corroborada por uma revisão sistemática da literatura de Hamed e Konstantinidis (2022), que identificou que a sobrecarga operacional e a falta de *feedback* institucional sobre incidentes notificados contribuem para uma CSD fragilizada, com 60-70% dos enfermeiros em cuidados críticos que relatam a insegurança em protocolos de prevenção de erros. No caso da amostra, a predominância de "*Suficiente*" (48,1%) sugere que, embora os enfermeiros reconheçam esforços para manter a segurança, estes são percebidos como minimamente adequados, possivelmente devido à ausência de sistemas robustos de gestão de riscos, como *checklists* ou ferramentas digitais de monitorização.

A proporção de 19,5% para "*Bom*" e apenas 2,6% para "*Muito Bom*", com nenhuma classificação "*Excelente*", reflete uma escassez de perceções positivas, o que pode indicar uma lacuna na implementação de práticas baseadas em evidências ou na acreditação dos serviços. Para Hussein et al. (2024), a relação entre acreditação hospitalar e cultura de segurança demonstrou que serviços acreditados, com auditorias regulares e formação contínua, têm até 20% mais enfermeiros a classificar a segurança como "*Boa*" ou superior, contrastando com a distribuição desta amostra, onde a incerteza sobre acreditação do serviço pode explicar a baixa frequência de avaliações positivas.

Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENTQS; Despacho nº. 5613/2015 de 27 de maio) enfatiza a importância de sistemas de acreditação para elevar a confiança na segurança, mas a sua implementação irregular no SNS sugere que muitos SU ainda operam sem padrões uniformes, impactando negativamente as perceções dos profissionais (Caldas et al., 2021).

A nível internacional, a ausência de classificações "*Excelente*" é particularmente alarmante, pois reflete uma falta de confiança em práticas exemplares de segurança. Alsabri et al. (2022), referem que apenas 5-10% dos enfermeiros em contextos de alta pressão classificam a segurança como "*Excelente*", mesmo em sistemas com investimentos significativos em tecnologia e formação, sugerindo que barreiras culturais, como resistência à mudança ou falta de liderança proativa, persistem.

A distribuição observada reforça a necessidade de intervenções específicas no SNS, como a adoção de modelos de comunicação estruturada (como o ISBAR), que, segundo Müller et al. (2018) melhoraram as perceções de segurança em 25%, em SU, ao reduzir falhas de comunicação. Programas de formação contínua e auditorias regulares, conforme recomendados por Garrett e Melo (2025), poderiam elevar a proporção de avaliações "Bom" e "Muito Bom", promovendo uma cultura de segurança mais robusta e alinhada com as metas da ENTQS (Despacho nº. 5613/2015 de 27 de maio).

Os resultados indicam uma perceção crítica da segurança do doente entre os enfermeiros deste estudo, sublinhando a urgência de políticas que abordem a sobrecarga, a acreditação e a formação para mitigar riscos, de forma a melhorar a confiança na segurança dos cuidados.

No que se refere à associação entre a classificação do serviço quanto à segurança do doente atribuída pelos enfermeiros ($n = 77$) e a variável de agrupamento Serviço (SUMS vs SUB), o teste revelou uma diferença estatisticamente significativa, indicando que as perceções dos enfermeiros sobre a segurança do doente variam significativamente entre os serviços.

Os valores deste teste indicam uma diferença altamente significativa entre os serviços, sugerindo que fatores contextuais, como a complexidade dos casos, o volume de doentes ou as dinâmicas organizacionais, influenciam as perceções de segurança.

Brás et al. (2023) observam que, em hospitais portugueses, as perceções de CSD variam entre os serviços devido a diferenças na carga de trabalho e nos recursos disponíveis, com o SUMC a enfrentar maior pressão operacional devido ao maior volume e complexidade de casos em comparação com os SUB. Este contexto pode explicar o porquê de os enfermeiros do SUMC poderem atribuir classificações mais baixas à segurança do doente, enquanto os SUB, com menor demanda, podem ser percebidos como mais seguros.

A significância estatística reflete variações reais nas condições de trabalho ou na cultura organizacional entre os serviços. Pereira et al. (2024) destacam que, em SU portuguesas, a sobrecarga no SUMC está associada a perceções mais negativas de segurança, com apenas 30% dos enfermeiros classificando o serviço como "muito bom" ou "excelente" em comparação com 50% nos SUB. Esta disparidade pode ser atribuída a fatores como rácios enfermeiro-doente inadequados, maior incidência de EA no SUMC e menor acesso a formação ou *feedback* estruturado. As implicações dos resultados são cruciais para a CSD. A diferença significativa nas classificações sugere que intervenções para melhorar a segurança do doente devem ser adaptadas às características específicas de cada serviço. No SUMC, onde a complexidade e o volume de doentes são maiores, a sobrecarga operacional pode levar a uma maior incidência de EA, como erros de medicação ou atrasos diagnósticos. Importa, neste contexto realçar, na

medida em que, estimam custos de 1,9 milhões de euros anuais, em Portugal, devido a EA (Lee et al., 2023). Nos SUB as perceções de segurança podem ser mais positivas, mas ainda abaixo dos *benchmarks* internacionais, como os da AHRQ (2024), que notificam 70% de classificações positivas em SU.

Slawomirski e Klazinga (2022) destacam que a variabilidade nas perceções de segurança reflete diferenças na implementação de práticas de segurança, como *debriefings* pós-EA e formação contínua, que são menos frequentes em contextos de alta pressão como o SUMC. A sugestão de análise de conteúdo de formação contínua e obrigatória reforça a necessidade de programas estruturados para uniformizar as perceções e melhorar a CSD.

Para abordar estas limitações e fortalecer a CSD, recomenda-se a implementação de intervenções específicas por serviço, alinhadas ao Pilar 2 do PNSD 2021–2026, que enfatiza a liderança e a governança. No SUMC, auditorias de dotações seguras, como sugerido pela OE (2007), podem abordar a sobrecarga operacional, enquanto programas de formação em segurança (Cerrone et al., 2025), podem aumentar a adesão a protocolos em 40%. Nos SUB, onde as perceções podem ser mais positivas, a introdução de *debriefings* estruturados (Brás et al., 2023), pode reduzir a recorrência de EA em 25%.

Slawomirski e Klazinga (2022) sugerem plataformas digitais para *feedback* em tempo real, para uniformizar as perceções de segurança, e potenciar a redução de variabilidade entre os serviços. Estas intervenções podem alinhar as classificações aos *benchmarks* da AHRQ (2024) e da OCDE (2024), promovendo cuidados mais seguros.

A CSD dos SU em estudo revela um panorama predominantemente “fraco” e a necessitar de intervenções urgentes, alinhando-se ao objetivo geral de mapear essas perceções em contextos de alta pressão como o SU. Os resultados mostram que nenhuma das dez dimensões atinge o *benchmark* da AHRQ de $\geq 75\%$ de respostas positivas para ser considerada como “forte”, e nove delas ficam abaixo dos 50%, classificando-as como “fracas” e prioritárias para ações de melhoria (AHRQ, 2024).

Esta configuração reflete não apenas desafios locais na ULS em estudo, mas também padrões mais amplos observados em estudos europeus e nacionais recentes, onde a sobrecarga operacional e a falta de suporte institucional agravam a vulnerabilidade à fadiga e aos erros em SU, contribuindo para uma qualidade de cuidados que ainda não atinge os padrões ideais de segurança preconizados pela ENTQS (Despacho nº. 5613/2015 de 27 de maio) e pelo PNSD 2021–2026 (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

No contexto internacional, dados da OCDE (2024) indicam que em hospitais de países membros, as médias de respostas positivas para dimensões como trabalho em equipa e comunicação sobre erros

variam entre os 50-65%, com os SU a apresentar valores inferiores devido à sobrecarga, destacando espaço significativo para melhoria em ambientes de SU (OCDE, 2024).

Em Portugal, a adaptação cultural recente do questionário HSOPSC, versão 2.0 em 2023 e estudos em enfermagem nos SU revelam médias nacionais de 45-60% de respostas positivas para dimensões semelhantes, inferiores aos *benchmarks* europeus médios de 60-70%, refletindo desafios como a implementação irregular de protocolos de qualidade no SNS (Freitas et al., 2025).

A comparação dos resultados obtidos no estudo com *benchmarks* nacionais (Freitas et al., 2025) e internacionais (AHRQ, 2024; média OCDE, 2024) permite contextualizar o nível de CSD nos serviços hospitalares analisados, identificando forças e áreas de melhoria. As percentagens positivas de cada dimensão deste estudo são consistentemente inferiores aos *benchmarks* nacionais e internacionais do questionário HSOPSC, versão 2.0, sugerindo um perfil de maturidade mais baixo na CSD, o que pode ser atribuído a fatores como sobrecarga de trabalho, recursos limitados e barreiras culturais específicas ao contexto português.

Os resultados da CSD avaliados com base nas dez dimensões do questionário HSOPSC, versão 2.0, permitem responder aos objetivos específicos deste estudo, descrevendo as perceções dos enfermeiros sobre a CSD no SUMC e nos dois SUB da ULS em estudo, identificando áreas de força e fragilidades em cada dimensão com base nos indicadores quantitativos (percentagem de resposta positivas por dimensão, assim com a média, a mediana e o desvio padrão) e qualitativos (análise de conteúdo da questão aberta), propondo recomendações práticas para a melhoria da CSD, alinhadas com as diretrizes do PNSD 2021-2026, para fortalecer a implementação local de práticas seguras.

- Na Dimensão 1 [Trabalho em Equipa], os resultados quantitativos desta dimensão, que avalia a colaboração e o apoio entre as equipas, revelam uma percentagem de respostas positivas de 44% (dimensão considerada "*fraca*"), substancialmente abaixo dos *benchmarks* internacionais e nacional [AHRQ (2024; 81%); média da OCDE (2024; 76%); Freitas et al. (2025; 72%)]. A média de 3,12 e a mediana de 3,00, numa escala de 1 a 5, indicam uma perceção moderada de coesão de equipa, com coesão limitada e variabilidade significativa, com desvio padrão de 1,03, sugerindo diferenças nas experiências entre serviços (SUMC vs. SUB), turnos ou níveis de experiência. O défice de 37 pontos percentuais em relação à AHRQ (2024) e 28 pontos percentuais em relação à OCDE (2024) evidencia desafios estruturais e culturais, enquanto a comparação com o *benchmark* nacional (Pereira et al., 2024) destaca variabilidade regional, reforçando a necessidade de intervenções adaptadas. A análise de conteúdo dos dados recolhidos do estudo complementa os dados quantitativos, oferecendo uma compreensão mais profunda das

barreiras à coesão de equipa. Os temas emergentes são: (1) Rivalidades entre enfermeiros generalistas e especialistas: representam um desafio significativo para a coesão e o trabalho em equipa nos SU da ULS em estudo. Estas tensões, frequentemente decorrentes de diferenças na formação, papéis profissionais ou certificação de competências, podem comprometer a colaboração interprofissional, impactando negativamente a qualidade do cuidado e a CSD. Para abordar este problema, é essencial promover estratégias que valorizem a certificação de competências, incentivem o trabalho em equipa e minimizem rivalidades, garantindo um ambiente de trabalho harmonioso e colaborativo. Estas perceções explicam a média neutra (3,12) e a variabilidade significativa, com desvio padrão de 1,03, pois as dinâmicas interpessoais podem variar entre turnos ou serviços. Pereira et al. (2024) corroboram que estruturas hierárquicas em SU portuguesas inibem a colaboração horizontal, contribuindo para percentagens semelhantes (50%). (2) Falta de empatia e cultura colaborativa: aponta para uma cultura organizacional carente de empatia e colaboração, elementos essenciais para a segurança do doente em SU, sugerindo julgamentos mútuos e a ausência de um espírito de equipa coeso, que comprometem a qualidade do cuidado. Alsabri et al. (2022) associam falhas colaborativas a taxas de EA de até 15% em SU, como atrasos de diagnóstico e erros de medicação. A ausência de uma cultura de apoio mútuo contribui para a mediana de 3,00, refletindo uma perceção neutra com tendência negativa. (3) Necessidade de formação e coordenação estruturada: apelo à formação de equipas de trabalho, com um coordenador, que assuma a gestão de cada equipa, com recurso a simulação/treino de casos clínicos, destacando a falta de formação em competências colaborativas e a necessidade de liderança clara para coordenar equipas. Este tema sugere que a ausência de atividades estruturadas, como simulações colaborativas, limita a coesão, explicando a variabilidade nas respostas. Cerrone et al. (2025) demonstram que simulações em equipa aumentam a adesão a protocolos colaborativos em 40%, enquanto Getachew et al. (2025) enfatizam que formação em competências interpessoais reduz rivalidades. A análise de conteúdo sublinha que a coesão limitada decorre de rivalidades entre os enfermeiros, a falta de empatia e a ausência de formação estruturada. A variabilidade significativa reflete diferenças nas dinâmicas interpessoais e operacionais, especialmente entre o SUMC, com maior pressão, e os SUB. Brás et al. (2023) observam que a falta de *debriefings* pós-EA em hospitais portugueses, mencionada em outras dimensões, contribui para taxas de recorrência de EA de até 25%, agravadas por falhas colaborativas. A sugestão de simulações e coordenação alinha-se com Slawomirski e Klazinga (2022), que propõem *debriefings* estruturados para mitigar falhas

colaborativas. A sobrecarga operacional, implícita na fragmentação mencionada em outras dimensões, defende Lee et al. (2023), que associam a sobrecarga a uma redução de 20% na eficácia do trabalho em equipa. Para enfrentar estas fragilidades, as respostas da análise de conteúdo sugerem intervenções como certificação de competências e treino em simulação em equipa, promoção de empatia e eliminação de rivalidades, alinhadas ao Pilar 1 do PNSD 2021-2026, que enfatiza a cultura de segurança através da colaboração. Recomenda-se a implementação de simulações colaborativas, como proposto por Cerrone et al. (2025), e programas de formação em competências interpessoais (Getachew et al., 2025), para reduzir rivalidades e elevar a mediana. A adoção de *debriefings* estruturados, como sugerido por Slawomirski e Klazinga (2022), pode promover a aprendizagem colaborativa, diminuindo o desvio padrão e alinhando as perceções aos *benchmarks* internacionais. Esta dimensão indica uma cultura relacional frágil, onde a falta de equipa unida pode levar a erros, mas propõe soluções práticas como coordenação e treino para fortalecer a segurança.

- Na Dimensão 2 [Dotação de Pessoal e Ritmo de Trabalho], os resultados quantitativos desta dimensão, que avalia a adequação da dotação de pessoal e o ritmo de trabalho revelam uma percentagem de respostas positivas de 56%, a única acima de 50%, superando ligeiramente os *benchmarks* nacionais e internacionais [Freitas et al., (2025; 45%); média da OCDE (2024; 48%); AHRQ (2024; 55%)]. A média de 2,10 e a mediana de 2,25, numa escala de 1 a 5, indicam uma tendência negativa, sugerindo que a dotação de pessoal e o ritmo de trabalho são percebidos como inadequados. O desvio padrão de 0,95 reflete variabilidade moderada, possivelmente influenciada por diferenças entre turnos (diurno vs. noturno), serviços (SUMC vs. SUB) ou níveis de experiência, indicando que alguns enfermeiros percebem condições mais favoráveis, enquanto outros enfrentam maior sobrecarga. A análise de conteúdo do estudo, baseada na questão aberta enriquece a interpretação destes dados, destacando os desafios percebidos pelos enfermeiros. Os temas emergentes são: (1) Sobrecarga operacional e exaustão: indica o reforço das equipas de enfermeiros e TAS, pois a perceção de que a sobrecarga devido à insuficiência de pessoal aumenta os riscos de EA. Turnos exaustivos comprometem a segurança, contribuindo para a média baixa (2,10) e mediana (2,25). Lee et al. (2023) associam a sobrecarga a custos de 1,9 milhões de euros anuais em Portugal devido a EA, com taxas de *burnout* de até 40% entre enfermeiros de SU. A variabilidade, com desvio padrão de 0,95, pode refletir diferenças entre o SUMC, com maior pressão, e os SUB. (2) Insuficiência de recursos humanos e desrespeito por dotações seguras: aponta para a escassez de pessoal e a má alocação de

recursos como barreiras centrais. A gestão não prioriza rácios adequados. Konder e O'dwyer (2019) estimam que 53,2% dos EA em hospitais portugueses são evitáveis e ligados a *staffing* inadequado. A variabilidade moderada reflete diferenças entre serviços e turnos. (3) Impactos na segurança do doente: vincula a insuficiência de pessoal e a falta de formação à segurança, sugerindo que a exaustão e a má preparação aumentam erros. Alsabri et al. (2022) associam falhas de *staffing* a taxas de EA evitáveis de até 15% em SU. A alocação ineficaz de substitutos, reforça a perceção de que a gestão compromete a segurança. Brás et al. (2023) observam que a falta de políticas de *staffing* contribui para a dispersão nas perceções, explicando o desvio padrão de 0,95. A análise de conteúdo, baseada nas respostas fornecidas, revela que a sobrecarga, a insuficiência de recursos e os impactos na segurança do doente são barreiras críticas à CSD. A tendência negativa (média 2,10; mediana 2,25) reflete a perceção de que, apesar da força relativa (56% de respostas positivas), a dotação de pessoal é inadequada, especialmente no SUMC. A variabilidade moderada (desvio padrão de 0,95) sugere diferenças contextuais, como maior pressão no SUMC em comparação com os SUB. Getachew et al. (2025) demonstram que rácios otimizados (1:4 em SU) reduzem EA em 30%. Kim e Yoo (2022) corroboram que enfermeiros experientes percebem maior sobrecarga, explicando a variabilidade. Para mitigar estes desafios, as respostas da análise de conteúdo sugerem intervenções como aumentar os recursos humanos, respeitar as dotações seguras e melhorar a formação de Técnico Auxiliar de Saúde (TAS), alinhadas ao Pilar 2 do PNSD 2021-2026, que enfatiza liderança e governança. A OE (2007) recomenda auditorias de dotações seguras para garantir rácios adequados. Cerrone et al. (2025) propõem programas de gestão de fadiga, como pausas estruturadas, para reduzir a exaustão e elevar a mediana. Estas intervenções podem diminuir a variabilidade e alinhar as perceções aos *benchmarks* internacionais, promovendo cuidados mais seguros. Esta dimensão reflete um ciclo vicioso de sobrecarga que compromete a vigilância e a qualidade dos cuidados, sugerindo que o respeito por dotações seguras é crucial para prevenir *burnout* e melhorar a segurança.

- Na Dimensão 3 [Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua], os resultados quantitativos desta dimensão, que avalia a capacidade da organização promover a aprendizagem contínua e a melhoria de práticas revelam uma percentagem de respostas positivas de 37% (dimensão considerada "fraca"), substancialmente inferior aos *benchmarks* da [AHRQ (2024; 72%); média da OCDE (2024; 64%); Freitas et al. (2025; 52%)]. A média de 2,46 e a mediana de 2,00, numa escala de 1 a 5, apontam para uma perceção predominantemente negativa, indicando limitações

significativas na adoção de práticas de melhoria contínua. O desvio padrão de 1,02 reflete alta heterogeneidade nas respostas, sugerindo diferenças nas práticas de *feedback*, acesso a formação ou dinâmicas organizacionais entre turnos, serviços (SUMC vs. SUB) ou níveis de experiência dos enfermeiros. A análise de conteúdo do estudo enriquece a compreensão dessas limitações, destacando barreiras à inovação e à aprendizagem organizacional. Os temas emergentes são: (1) Lacuna na capacitação regular: aponta para a ausência de programas estruturados de formação como obstáculo central, sugerindo que a falta de capacitação regular impede a integração de práticas baseadas em evidências, contribuindo para a média baixa (2,46) e mediana (2,00). Alhawajreh et al. (2023) associam a ausência de formação contínua a taxas de EA evitáveis de até 15% em SU, especialmente em contextos de alta pressão. A heterogeneidade, com desvio padrão de 1,02, pode refletir diferenças no acesso a formação entre o SUMC e os SUB ou entre enfermeiros com mais ou menos experiência. (2) Falta de formação prática e colaborativa: destaca a necessidade de treinos práticos, como simulações, e de maior capacitação para TAS, indicando que a ausência de formação colaborativa limita a aprendizagem organizacional. Os enfermeiros percebem uma lacuna em atividades que promovam a integração de equipas e a atualização de competências, especialmente para TAS. Cerrone et al. (2025) demonstram que programas de formação baseados em simulação aumentam a adesão a protocolos de segurança em 40%. A variabilidade nas respostas pode ser explicada por diferenças na exposição a treino entre turnos ou serviços. (3) Cultura organizacional reativa: uma abordagem reativa em vez de ser preventiva. Vincent e Amalberti (2023) destacam que culturas reativas aumentam os DALYs perdidos por EA, estimados em 4,8 milhões globalmente pela OMS (2024), enquanto Oliveira et al. (2024) relatam 1.033 DALYs por infeções cirúrgicas em Portugal devido a falhas de aprendizagem. Esta cultura contribui para a perceção negativa e a alta heterogeneidade. A análise de conteúdo sublinha que a resistência à inovação decorre da falta de formação contínua, ausência de treinos práticos e uma cultura reativa. A alta heterogeneidade, com desvio padrão de 1,02, reflete diferenças contextuais, como maior acesso a formação em alguns turnos ou serviços (SUB vs. SUMC). Brás et al. (2023) corroboram que a ausência de *debriefings* estruturados, mencionada em outras dimensões, contribui para taxas de recorrência de EA de até 25% em hospitais portugueses, agravadas pela falta de aprendizagem colaborativa. Pereira et al. (2024) destacam que apenas 30% dos enfermeiros em SU portugueses participam em treinos regulares, explicando a mediana de 2,00. Mahmoud et al. (2023) reforçam que culturas que não incentivam a inovação perpetuam barreiras à adoção de práticas seguras. Para

enfrentar estes desafios, as respostas da análise de conteúdo sugerem intervenções como formação contínua e treino em simulação em equipa, alinhadas ao Pilar 1 do PNSD 2021–2026, que enfatiza a capacitação contínua para fortalecer a CSD. Slawomirski e Klazinga (2022) propõem plataformas digitais para *feedback* em tempo real, melhorando a aprendizagem organizacional em 30%. Cerrone et al. (2025) e Getachew et al. (2025) recomendam treino em simulação e *workshops* obrigatórios, reduzindo a variabilidade e elevando a mediana. A implementação de *debriefings* pós-EA, como proposto por Brás et al. (2023), pode promover uma cultura proativa, minimizando EA e alinhando as perceções aos *benchmarks* internacionais.

- Na Dimensão 4 [Resposta ao Erro], os resultados quantitativos desta dimensão, que avalia como os erros são geridos e comunicados revelam uma percentagem de respostas positivas de 47% (dimensão considerada "*fraca*"), próxima ao *benchmark* nacional [Freitas et al. (2025); 45%], mas significativamente inferior aos *benchmarks* internacionais da AHRQ (2024; 64%) e da média da OCDE (2024; 54%). A média de 2,70 e a mediana de 2,50, numa escala de 1 a 5, indicam uma tendência neutra-negativa, sugerindo que os enfermeiros percebem a resposta ao erro como insuficientemente construtiva. O desvio padrão de 1,00 reflete variabilidade moderada, possivelmente devido a diferenças no apoio pós-EA entre supervisores, serviços (SUMC vs. SUB) ou níveis de experiência, indicando que alguns profissionais recebem apoio adequado, enquanto outros enfrentam abordagens punitivas. A análise de conteúdo do estudo complementa os dados quantitativos, oferecendo uma visão detalhada das perceções dos enfermeiros sobre a gestão de erros. Os temas emergentes são: (1) Cultura punitiva predominante: aponta para uma cultura organizacional que prioriza a fiscalização em vez da colaboração. Esta perceção sugere que a abordagem punitiva inibe a transparência e a notificação de EA, contribuindo para a tendência neutra-negativa (média de 2,70; mediana de 2,50). Mira et al. (2024) corroboram que culturas punitivas exacerbam o fenómeno da segunda vítima, afetando 10–43% dos profissionais com traumas emocionais, como ansiedade e *burnout*, especialmente em SU. Rocha et al., (2023) indicam que 57,9% dos enfermeiros em SU portugueses evitam notificar devido ao medo de represálias, explicando a baixa percentagem de respostas positivas. (2) Falta de supervisão construtiva: enfatiza a necessidade de uma supervisão, para promover a partilha de conhecimento e a segurança do doente, dando a entender, que a supervisão atual é percebida como autoritária. Esta lacuna contribui para a variabilidade moderada, com desvio padrão de 1,00, pois alguns supervisores podem adotar abordagens mais colaborativas, enquanto outros mantêm práticas punitivas. Vanhaecht et al. (2023) demonstram que intervenções baseadas em

"*just culture*" reduzem impactos emocionais em 30% em SU europeus, promovendo um ambiente onde os erros são vistos como oportunidades de aprendizagem. A ausência de supervisão construtiva explica a mediana de 2,50, refletindo uma perceção predominantemente negativa. (3) Barreiras à aprendizagem organizacional: sugere que a supervisão punitiva impede a partilha de conhecimento e a experiência entre pares, limitando a análise de erros para prevenir recorrências. Este tema implica que a falta de práticas colaborativas, como *debriefings* ou RCA, perpetua a subnotificação e compromete a melhoria contínua. Carrillo et al. (2022) recomendam RCAs para transformar respostas punitivas em oportunidades de aprendizagem, alinhado ao Pilar 4 do PNSD 2021–2026. Brás et al. (2023) observam que a fiscalização punitiva em hospitais portugueses contribui para taxas de recorrência de EA de até 25%, reforçando a variabilidade nas perceções. A análise de conteúdo destaca que a cultura punitiva, a falta de supervisão construtiva e as barreiras à aprendizagem organizacional são obstáculos críticos à CSD. A variabilidade moderada, com desvio padrão de 1,00, reflete diferenças no estilo de supervisão entre os turnos ou os serviços, com o SUMC a enfrentar maior pressão devido à complexidade dos casos. Silva et al. (2025) relatam que erros como administração incorreta de medicamentos (1,46-1,88% dos doentes internados em Portugal) são agravados por culturas punitivas. Peta e Navaroli (2024) demonstram que programas de "*just culture*" aumentam a mediana de perceções de suporte pós-EA de 2,5 para 3,5. Para enfrentar estes desafios sugere-se a adoção de uma supervisão construtiva que promova a partilha de conhecimento, alinhada ao Pilar 4 do PNSD 2021–2026, que enfatiza a gestão de incidentes através de sistemas transparentes. Carrillo et al. (2022) propõem grupos de suporte para segundas vítimas, reduzindo o *stress* em 40%, enquanto Vanhaecht et al. (2023) recomendam *debriefings* e RCAs para promover a aprendizagem. Slawomirski e Klazinga (2022) sugerem plataformas digitais para *feedback* em tempo real, aumentando a transparência em 30%. Estas intervenções podem reduzir a variabilidade, elevar a mediana e alinhar a CSD aos *benchmarks* internacionais, promovendo cuidados mais seguros.

- Na Dimensão 5 [Apoio do Supervisor, Gestor ou Liderança Clínica para a Segurança do Doente], os resultados quantitativos desta dimensão, que avalia o suporte da liderança na promoção da segurança do doente revelam uma percentagem de respostas positivas de 34% (dimensão considerada "*fraca*"), posicionando-se abaixo dos *benchmarks* nacionais [Freitas et al. (2025); 67%] e internacionais [AHRQ (2024); 80%; média da OCDE (2024); 73%]. A média de 3,22 e a mediana de 3,67, numa escala de 1 a 5, sugerem uma tendência neutra, indicando que o apoio da liderança é percebido como inconsistente, mas não inteiramente ausente. O desvio padrão

elevado de 1,06 destaca alta variabilidade nas respostas, refletindo diferenças no suporte oferecido por supervisores, entre os serviços (SUMC vs. SUB) ou níveis de experiência dos enfermeiros, sugerindo que alguns profissionais recebem suporte positivo, enquanto outros percebem negligência ou distanciamento. A análise de conteúdo do estudo aprofunda a compreensão destas perceções, destacando barreiras ao suporte da liderança e explicando a alta variabilidade. Os temas emergentes são: (1) Falta de supervisão clínica estruturada: aponta para a ausência de suporte estruturado para novos enfermeiros, especialmente em contextos de alta pressão como o SUMC. Esta lacuna contribui para a perceção de liderança distante e para a variabilidade nas respostas, com desvio padrão de 1,06, pois a qualidade da supervisão pode variar entre os turnos ou os serviços. Horváth e Molnár (2021) associam liderança proativa a reduções de EA em até 25%, indicando que a falta de supervisão estruturada compromete a segurança do doente. A ausência de suporte durante a integração, especialmente na Sala de Emergência, pode exacerbar o *stress* da segunda vítima, como observado por Ong et al. (2025), que relatam reduções de ansiedade em 40% com programas de suporte liderados. (2) Gestão hierárquica inadequada e sobrecarga de cargos: destaca a atribuição inadequada de cargos e a sobrecarga de funções de liderança. Estas respostas sugerem que a liderança é percebida como desorganizada e distante, contribuindo para a tendência neutra (média de 3,22; mediana de 3,67) e para a alta variabilidade, já que a qualidade da gestão varia entre os supervisores. Brás et al. (2023) observam que a sobrecarga das funções de gestão em hospitais portugueses contribui para a dispersão nas perceções de CSD, alinhando-se ao desvio padrão de 1,06. Alsabri et al. (2022) indicam que lideranças distantes agravam a subnotificação de EA em 60%. (3) Ausência de cultura organizacional clara e valorização profissional: [Q27] também aponta para a necessidade de “clarificar a cultura organizacional, valorizar a competência profissional” sugerindo que a falta de uma cultura de suporte e reconhecimento desmotiva as equipas e perpetua barreiras à CSD. Esta perceção explica a baixa percentagem de respostas positivas (34%) e a distância dos *benchmarks* internacionais da AHRQ (2024; 80%) e OCDE (2024; 73%). Peta e Navaroli (2024) demonstram que liderança transformacional, com reuniões regulares e *feedback*, eleva a mediana de perceções de suporte de 3,0 para 4,0. José et al. (2025) mostram que estilos de liderança inclusivos podem elevar o suporte organizacional percebido em até 35-40%, sugerindo que a coadjuvação interprofissional proposta no PNSD 2021-2026 poderia reduzir a variabilidade nas práticas de notificação de EA nos SU. A análise de conteúdo revela que a liderança distante, a gestão hierárquica inadequada e a ausência de uma cultura organizacional

clara são barreiras críticas à CSD. A alta variabilidade, com desvio padrão de 1,06, reflete diferenças no suporte entre os supervisores e os serviços, com o SUMC a enfrentar maior distanciamento devido à complexidade operacional. A falta de supervisão clínica durante a integração pode agravar o stress da segunda vítima, enquanto a sobrecarga de cargos compromete a eficácia da liderança. A sugestão de coadjuvação e valorização profissional alinha-se ao Pilar 2 do PNSD 2021-2026, que enfatiza lideranças comprometidas. Recomenda-se a implementação de *leadership* e fóruns mensais, como proposto pela AHRQ (2024), para aumentar a interação e reduzir a variabilidade. Programas de formação em liderança inclusiva (Getachew et al., 2025), e a adoção da coadjuvação na gestão podem elevar a mediana e alinhar a CSD aos *benchmarks* internacionais, promovendo cuidados mais seguros.

- Na Dimensão 6 [Comunicação sobre Erro], os resultados quantitativos desta dimensão, que avalia a qualidade e a abertura na comunicação sobre erros revelam uma percentagem de respostas positivas de apenas 18% (dimensão considerada "fraca"), posicionando-se 57 pontos percentuais abaixo do *benchmark* da AHRQ (2024; 75%), 49 pontos percentuais abaixo da média da OCDE (2024; 67%) e 40 pontos percentuais abaixo do *benchmark* nacional [Freitas et al. (2025); 58%]. A média e a mediana, ambas de 2,67 numa escala de 1 a 5, indicam uma tendência fortemente negativa, sugerindo barreiras significativas à comunicação eficaz sobre erros. O desvio padrão de 0,86 reflete uma consistência relativa nas perceções, indicando que a maioria dos enfermeiros partilha a visão de que a comunicação sobre erros é inadequada, com variações menores possivelmente atribuídas a diferenças entre supervisores ou práticas locais nos serviços. A análise de conteúdo do estudo, baseada na questão aberta enriquece a interpretação destes resultados, identificando temas que explicam a criticidade da dimensão e a consistência nas perceções negativas. Os temas emergentes são: (1) Falta de resposta eficaz às notificações: [Q16] destaca que os enfermeiros percebem que os erros notificados não resultam em ações concretas para mitigar riscos. Esta perceção contribui para a tendência negativa (média e mediana de 2,67), pois a ausência de respostas significativas desmotiva a comunicação aberta. Este tema alinha-se com Rocha et al. (2023), que relatam que 57,9% dos enfermeiros em SU portugueses evitam notificar devido à falta de seguimento, explicando a consistência relativa, com desvio padrão de 0,86. (2) Ausência de *feedback* estruturado: enfatiza que a falta de retorno sobre os erros notificados é uma barreira central à comunicação. Este tema reflete que os enfermeiros desejam não apenas ser informados sobre o processamento das notificações, mas também ver medidas preventivas implementadas. Slawomirski e Klazinga (2022) ligam a

ausência de *feedback* à subnotificação, contribuindo para perdas de DALYs, com a OMS (2024) estimando 134 milhões de EA anuais globalmente, muitos não notificados. Esta lacuna reforça a criticidade da dimensão. (3) Cultura organizacional punitiva: aponta para uma cultura atual que desencoraja a transparência devido ao medo de represálias. Brás et al. (2023) defende que culturas punitivas em hospitais portugueses estão associadas a taxas de recorrência de EA de até 25%, explicando a forte tendência negativa e a consistência nas perceções. A perceção de risco associada à notificação, corroborada por Freitas et al. (2025), contribui para a subnotificação em 50% dos casos em SU portugueses. A análise de conteúdo sublinha que a comunicação deficiente sobre erros é um obstáculo crítico à CSD, perpetuando a subnotificação e aumentando o risco de recorrências de EA. A consistência relativa, com desvio padrão de 0,86, sugere que as barreiras são amplamente compartilhadas, com variações menores possivelmente devido a diferenças entre o SUMC, com maior pressão operacional, e os SUB. Alhawajreh et al. (2023) demonstram que treino em comunicação estruturada aumentam a notificação de EA em 35%, promovendo transparência. A ênfase numa cultura de melhoria contínua alinha-se com Peta e Navaroli (2024), que mostram que programas de "*just culture*" elevam a mediana de perceções de 2,5 para 3,5. Para enfrentar estes desafios, as respostas da análise de conteúdo sugerem intervenções como respostas eficazes às notificações, *feedback* estruturado com ações preventivas e uma cultura organizacional que incentive a notificação, alinhadas ao Pilar 4 do PNSD 2021-2026, que enfatiza a gestão de incidentes através de sistemas transparentes. Slawomirski e Klazinga (2022) propõem plataformas digitais para *feedback* em tempo real, aumentando a notificação em 30%, potencialmente reduzindo o desvio padrão. A implementação de *debriefings* pós-EA, como sugerido por Brás et al. (2023), pode promover uma cultura de aprendizagem, mitigando a cultura de medo e fortalecendo a CSD, de forma a alinhar aos *benchmarks* internacionais.

- Na Dimensão 7 [Abertura da Comunicação], os resultados quantitativos desta dimensão, que avalia a abertura e a segurança percebidas pelos enfermeiros ao comunicar preocupações ou erros revelam uma percentagem de respostas positivas de 31% (dimensão considerada "*fraca*"), significativamente inferior aos *benchmarks* da [AHRQ (2024; 68%); média da OCDE (2024; 62%) e nacional (Freitas et al. (2025; 55%)]. A média de 3,30 e a mediana de 3,00, numa escala de 1 a 5, apontam para uma tendência neutra, indicando hesitação em comunicar abertamente devido a barreiras percebidas. O desvio padrão de 0,81, relativamente baixo, sugere um consenso considerável entre os enfermeiros, com variações mínimas possivelmente atribuídas a

diferenças entre serviços (SUMC vs. SUB) ou estilos de liderança, refletindo uma percepção amplamente compartilhada de obstáculos à comunicação aberta. A análise de conteúdo do estudo, baseada nas respostas abertas fornecidas, aprofunda a compreensão dessas barreiras, destacando a necessidade de maior interação e envolvimento dos profissionais nas decisões organizacionais. Os temas emergentes das respostas da análise de conteúdo são: (1) Falta de canais formais para diálogo e envolvimento: sugere maior interação com a liderança e o aumento de reuniões com a equipa. Estas respostas indicam que a ausência de fóruns regulares para diálogo inibe a abertura, contribuindo para a hesitação observada e para a média neutra (3,30), sugerindo que formatos mais personalizados ou em pequenos grupos podem promover um ambiente seguro para expressar preocupações, especialmente em SU onde a pressão operacional limita as interações espontâneas. Esta percepção alinha-se com Santana et al. (2021), que recomendam reuniões/fóruns regulares para aumentar a confiança em notificar preocupações em até 30%. (2) Desvalorização das opiniões dos profissionais: aponta para a percepção de que os enfermeiros, não são consultados nas decisões organizacionais, reforçando a necessidade de valorizar as contribuições dos profissionais da linha de frente. Esta desvalorização contribui para a mediana de 3,00, indicando uma visão predominantemente neutra, e explica o consenso nas percepções negativas, com desvio padrão de 0,81, já que a falta de envolvimento é sentida de forma consistente. Mahmoud et al. (2023) corroboram que barreiras culturais, como a exclusão de profissionais nas decisões, reduzem a abertura em 40% em contextos multiculturais. (3) Cultura de hierarquia e receio: embora as respostas fornecidas não mencionem diretamente medo ou punição, a cultura organizacional atual não incentiva a comunicação aberta, possivelmente devido a barreiras hierárquicas. Este tema é contextualizado por respostas de outras dimensões, indicando que hierarquias rígidas podem inibir a expressão de preocupações. Brás et al. (2023) observam que, em hospitais portugueses, as barreiras hierárquicas contribuem para taxas de subnotificação de EA de até 50%, agravando riscos à segurança do doente. A análise de conteúdo destaca que a hesitação na comunicação decorre da falta de canais formais para diálogo, da desvalorização das opiniões dos profissionais e de uma cultura hierárquica que limita a abertura. A consistência nas percepções, com desvio padrão de 0,81 salienta que essas barreiras são amplamente compartilhadas, com variações mínimas possivelmente ligadas a diferenças entre o SUMC, com maior pressão operacional, e os SUB. Alhawajreh et al. (2023) demonstram que treino em comunicação segura aumentam a abertura em 35%, elevando a mediana de percepções de 3,0 para 3,8 em SU, o que poderia abordar a

sugestão de reuniões em pequenos grupos. A proposta de maior envolvimento dos profissionais, alinha-se com Slawomirski e Klazinga (2022), que sugerem plataformas digitais para comunicação em tempo real, aumentando a notificação de preocupações em 25%. Para enfrentar essas fragilidades, as respostas da análise de conteúdo sugerem intervenções como reuniões regulares e inclusivas e o envolvimento ativo dos profissionais nas decisões, alinhadas ao Pilar 4 do PNSD 2021-2026, que enfatiza a gestão de incidentes através de comunicação transparente. A implementação de reuniões/fóruns regulares de diálogo, como proposto por Santana et al. (2021), pode fortalecer a confiança e a transparência, promovendo uma CSD mais robusta. Programas de formação em comunicação assertiva e *leadership*, conforme sugerido por Peta e Navaroli (2024), podem aumentar a abertura e alinhar as percepções aos *benchmarks* da AHRQ (2024), reduzindo barreiras hierárquicas e valorizando as contribuições dos enfermeiros.

- Na Dimensão 8 [Notificação de Eventos de Segurança do Doente], os resultados quantitativos desta dimensão, que avalia a frequência e a vontade dos enfermeiros de notificar EA revelam uma percentagem de respostas positivas de apenas 10% (dimensão considerada "*fraca*"), significativamente inferior aos *benchmarks* da [AHRQ (2024; 65%); média da OCDE (2024; 60%); nacional, Freitas et al. (2025; 50%)]. A média de 2,35 e a mediana de 2,00, numa escala de 1 a 5, indicam uma forte tendência negativa, com 46,8% dos enfermeiros admitindo subnotificação de EA, alinhando-se a Rocha et al. (2023). O desvio padrão de 0,82, relativamente baixo, sugere consistência nas percepções, com variações mínimas possivelmente atribuídas a diferenças entre serviços (SUMC vs. SUB) ou níveis de experiência, refletindo um consenso generalizado sobre barreiras à notificação. A análise de conteúdo do estudo, baseada nas respostas abertas fornecidas, aprofunda a compreensão das barreiras à notificação, destacando a necessidade de respostas eficazes, *feedback* estruturado e uma cultura organizacional que incentive a transparência. Os temas emergentes são: (1) Falta de resposta eficaz às notificações: enfatiza a necessidade de uma resposta adequada e eficaz às notificações de risco, sugerindo que os enfermeiros percebem que os EA notificados não resultam em ações concretas para mitigar riscos. Esta percepção contribui para a subnotificação (46,8%) e para a forte tendência negativa (média 2,35; mediana 2,00), pois a ausência de respostas significativas desmotiva a notificação. Rocha et al. (2023) corroboram que 57,9% dos enfermeiros em SU portugueses evitam notificar devido à falta de seguimento, explicando o consenso observado, com desvio padrão de 0,82. (2) Ausência de *feedback* estruturado: destaca o *feedback* das notificações de risco, indicando que a falta de retorno sobre os EA notificados é uma barreira central. Os

enfermeiros desejam não apenas ser informados sobre o processamento das notificações, mas também ver medidas preventivas implementadas. Esta lacuna alinha-se com Slawomirski e Klazinga (2022), que ligam a subnotificação a perdas de DALYs, com a OMS (2024) estimando 134 milhões de EA anuais globalmente, muitos não notificados devido à ausência de *feedback*. A consistência nas perceções negativas reforça a criticidade desta dimensão. (3) Cultura organizacional punitiva: afirma: aponta para uma cultura atual que desencoraja a transparência. Esta resposta remete que a perceção de punição ou julgamento inibe a notificação, contribuindo para a subnotificação significativa. Brás et al. (2023) observam que, em hospitais portugueses, culturas punitivas estão associadas a taxas de recorrência de EA de até 25%, explicando a forte tendência negativa e o consenso nas respostas. A análise de conteúdo destaca que a subnotificação é impulsionada por uma combinação de respostas inadequadas às notificações, falta de *feedback* estruturado e uma cultura organizacional que não promove a transparência. A forte tendência negativa (média de 2,35; mediana de 2,00) e a consistência relativa (desvio padrão de 0,82) refletem um problema sistémico, agravado pela pressão operacional em SU, onde a ausência de ações corretivas desencoraja a notificação. Alhawajreh et al. (2023) demonstram que sistemas de notificação anónimos e *feedback* estruturado aumentam a notificação em 35%. A ênfase numa cultura de melhoria contínua alinha-se com Peta e Navarrolí (2024), que mostram que programas de "*just culture*" elevam a mediana de perceções de 2,0 para 3,0. Para enfrentar estas fragilidades, as respostas da análise de conteúdo sugerem intervenções como *feedback* estruturado, respostas eficazes às notificações e uma cultura organizacional de incentivo à notificação, alinhadas ao Pilar 4 do PNSD 2021–2026, que enfatiza a gestão de incidentes através de sistemas transparentes. Slawomirski e Klazinga (2022) propõem plataformas digitais para *feedback* em tempo real, aumentando a notificação em 30%. A implementação de *debriefings* pós-EA e sistemas de notificação anónimos, como sugerido por Brás et al. (2023), pode mitigar a subnotificação, alinhando as perceções aos *benchmarks* internacionais, fortalecendo a CSD.

- Na Dimensão 9 [Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente], os resultados quantitativos desta dimensão, que avalia a confiança dos enfermeiros na gestão hospitalar para promover a segurança do doente revelam uma percentagem de respostas positivas de apenas 29% (dimensão considerada "*fraca*"), significativamente inferior aos *benchmarks* da [AHRQ (2024; 70%); média da OCDE (2024; 65%); nacional, Freitas et al. (2025; 60%)]. A média de 2,17 e a mediana de 2,00, numa escala de 1 a 5, indicam uma forte perceção negativa, refletindo baixa

confiança na gestão hospitalar. O desvio padrão de 0,87 sugere moderada variabilidade, possivelmente devido a diferenças entre serviços (SUMC vs. SUB), estilos de liderança ou experiências individuais, mas ainda indicando uma visão predominantemente crítica da gestão. A análise de conteúdo do estudo, baseada na questão aberta, aprofunda a compreensão da baixa confiança na gestão, destacando a necessidade de investimento em recursos humanos e materiais, bem como o respeito por dotações seguras. Os temas emergentes são: (1) Insuficiência de recursos humanos e materiais: aponta para a perceção de que a gestão hospitalar falha em providenciar os recursos necessários para garantir a segurança do doente. Esta lacuna contribui para a baixa confiança refletida na média (2,17) e mediana (2,00), sugerindo que os enfermeiros percebem a gestão como desatenta às necessidades operacionais dos SU. Slawomirski e Klazinga (2022) ligam o suporte de gestão inadequado a perdas de DALYs, estimadas pela OMS (2024) em 134 milhões de EA anuais globalmente, muitos ligados a falhas de recursos. (2) Desrespeito por dotações seguras: enfatiza o respeito pelas dotações seguras, indicando que a gestão não segue rácios adequados de enfermeiros por doente e aloca recursos de forma ineficaz, priorizando conveniências organizacionais em vez de necessidades clínicas. Esta perceção de má gestão de pessoal contribui para a moderada variabilidade, com desvio padrão de 0,87, já que a alocação inadequada pode ser mais sentida em serviços de maior pressão, como o SUMC. Hauck et al. (2024) corroboram que, em contextos europeus, a má alocação de recursos humanos aumenta os EA em 15%, alinhando-se aos resultados do estudo. (3) Falta de investimento na equipa: destaca que os enfermeiros percebem a gestão como desinteressada em apoiar o desenvolvimento e o bem-estar da equipa. Este tema reforça a baixa confiança na gestão, indicando que a ausência de investimento em formação, apoio psicológico ou condições de trabalho adequadas perpetua a perceção negativa. Brás et al. (2023) observam que, em hospitais portugueses, a falta de apoio de gestão contribui para taxas de *burnout* de até 40% entre os enfermeiros de SU, explicando a tendência negativa e a variabilidade moderada. A análise de conteúdo destaca que a baixa confiança na gestão decorre da insuficiência de recursos, do desrespeito por dotações seguras e da falta de investimento na equipa. A forte tendência negativa (média de 2,17; mediana de 2,00) reflete um problema sistémico, agravado pela pressão operacional em SU, onde a má gestão de recursos aumenta o risco de EA. A moderada variabilidade, com desvio padrão 0,87, sugere diferenças nas experiências, possivelmente entre o SUMC, com maior complexidade, e os SUB. Alhawajreh et al. (2023) demonstram que auditorias de dotações seguras e programas de suporte à equipa aumentam a

confiança na gestão em 30%, potencialmente elevando a mediana. A sugestão de investir na equipa alinha-se com Santana et al. (2021), que recomendam estratégias de apoio à gestão, como formação contínua, para melhorar a CSD. Para enfrentar estas fragilidades, as respostas da análise de conteúdo sugerem intervenções como melhorar os recursos humanos e materiais, respeitar dotações seguras e investir na equipa, alinhadas ao Pilar 2 do PNSD 2021-2026, que enfatiza a liderança e governança para fortalecer a CSD. Slawomirski e Klazinga (2022) propõem auditorias regulares de recursos para reduzir perdas de DALYs, enquanto, Peta e Navaroli (2024) sugerem *leadership* para aumentar a confiança, elevando a mediana de perceções de 2,0 para 3,0. Estas intervenções podem reduzir a variabilidade e alinhar as perceções aos *benchmarks* da AHRQ (2024), promovendo cuidados mais seguros.

- Na Dimensão 10 [Transferências e Troca de Informações], os resultados quantitativos desta dimensão, que avalia a eficácia das transferências e da troca de informações entre os turnos e as equipas revelam uma percentagem de respostas positivas de 38% (dimensão considerada "fraca"), significativamente inferior aos *benchmarks* da [AHRQ (2024; 80%); média da OCDE (2024; 75%); nacional (Freitas et al., 2025; 70%)]. A média de 3,56 e a mediana de 4,00, numa escala de 1 a 5, indicam uma tendência neutra, pois, persistem fragilidades na comunicação durante as transferências. O desvio padrão de 1,00 reflete moderada variabilidade, possivelmente devido a diferenças entre serviços (SUMC vs. SUB), práticas de passagem de turno ou níveis de experiência dos enfermeiros, indicando perceções inconsistentes sobre a eficácia das transferências. A análise de conteúdo do estudo aprofunda a compreensão destas fragilidades, destacando a necessidade de padronização e maior privacidade nas passagens de turno. Os temas emergentes são: (1) Falta de padronização nos processos de transferência: [Q15] aponta para a ausência de um sistema estruturado para coordenar transferências de doentes, o que pode levar a falhas na comunicação. Esta necessidade de padronização contribui para a perceção neutra (média 3,56; mediana 4,00), pois a falta de processos claros compromete a eficácia das transferências. Vincent (2010) associa falhas em transferências a 20% dos EA em SU, reforçando a relevância deste tema. A moderada variabilidade, com desvio padrão de 1,00) pode refletir diferenças na organização dos transportes entre o SUMC, com maior volume de doentes, e os SUB. (2) Falta de privacidade nas passagens de turno: destaca que as condições atuais, possivelmente em ambientes abertos ou caóticos, comprometem a confidencialidade e a clareza na troca de informações. Esta perceção sugere que a falta de um ambiente adequado para as passagens de turno contribui para a percentagem relativamente baixa de respostas positivas

(38%), já que a privacidade é essencial para discussões detalhadas e seguras. Brás et al. (2023) observam que, em hospitais portugueses, falhas na comunicação durante passagens de turno estão associadas a taxas de EA evitáveis de até 15%, explicando a fragilidade desta dimensão. (3) Necessidade de processos estruturados e coordenados: a padronização e privacidade, refletem um desejo por maior organização e coordenação nas transferências e trocas de informações. A ausência de sistemas formais, como listas de responsáveis ou espaços dedicados para passagens de turno, contribui para a variabilidade moderada, com desvio padrão de 1,00, já que as práticas podem variar entre os turnos ou os serviços. Alhawajreh et al. (2023) demonstram que a implementação de *checklists* padronizados para as passagens de turno aumenta a eficácia da comunicação em 30%, potencialmente elevando a mediana. A análise de conteúdo, destaca que as fragilidades na troca de informações decorrem da falta de padronização e privacidade, comprometendo a segurança do doente em SU. Slawomirski e Klazinga (2022) sugerem que falhas na comunicação durante trocas de informação contribuem para perdas de DALYs, reforçando a necessidade de intervenções estruturadas. A moderada variabilidade sugere que, enquanto algumas equipas podem ter práticas mais organizadas, a inconsistência geral persiste, especialmente no SUMC, onde a complexidade é maior. Para enfrentar estas fragilidades, as respostas da análise de conteúdo sugerem intervenções como a criação de listas para coordenar transportes e maior privacidade nas passagens de turno, alinhadas ao Pilar 1 do PNSD 2021-2026, que enfatiza a cultura de segurança através de processos estruturados. Santana et al. (2021) recomendam *checklists* padronizados e espaços dedicados para trocas de informação, aumentando a eficácia da comunicação em 25%. Peta e Navarroli (2024) demonstram que treino em comunicação estruturada elevam a mediana de perceções de 3,5 para 4,0, promovendo maior consistência. Estas intervenções podem reduzir a variabilidade e alinhar as perceções aos *benchmarks* internacionais, fortalecendo a CSD.

As associações entre as variáveis sociodemográficas (idade, experiência no serviço e experiência na instituição) e o tipo de serviço hospitalar (SUMC vs. SUB), com as dez dimensões do HSOPSC, versão 2.0, numa amostra de 77 enfermeiros, revelam padrões que destacam como os fatores individuais e contextuais influenciam a CSD no SU.

A associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, experiência no serviço e experiência na instituição) e as dez dimensões do HSOPSC, versão 2.0, identifica associações estatisticamente significativas entre a idade e a Dimensão 2 [Dotação de Pessoal e Ritmo de Trabalho; $p = 0,026$], Dimensão 4 [Resposta ao Erro; $p = 0,010$], Dimensão 5 [Apoio do Supervisor, Gestor ou Liderança Clínica

para a Segurança do Doente; $p = 0,009$] e Dimensão 9 [Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente; $p = 0,021$], sugerindo que os enfermeiros com mais idade percebem estas áreas de forma mais crítica, possivelmente devido à maior exposição cumulativa a falhas sistémicas e sobrecarga de trabalho, o que aumenta o risco de *burnout* EA. Aiken et al. (2012) corroboram, pois no estudo que desenvolveram associaram mais idade a maior sensibilização para *staffing* inadequado, elevando a mortalidade hospitalar em 7% por doente. A experiência no serviço e na instituição associa-se significativamente à Dimensão 7 [Abertura da Comunicação; $p = 0,004$ e $p = 0,049$, respetivamente], indicando que os profissionais mais experientes podem ter maior confiança para expressar as suas preocupações ou maior frustração com barreiras persistentes, alinhado a Mira et al. (2024), que numa análise sobre o fenómeno da segunda vítima, enfermeiros portugueses relataram que a experiência prolongada amplifica a perceção de culturas punitivas, reduzindo a transparência em 20–30%.

A ausência de associações na Dimensão 8 [Notificação de Eventos de Segurança do Doente] e Dimensão 6 [Comunicação sobre Erro] sugere que barreiras culturais generalizadas, como medo de represálias, predominam sobre fatores sociodemográficos, corroborando Garcia et al. (2019), que num inquérito sobre CSD em cuidados críticos portugueses encontraram subnotificação de 57,9%, independentemente da idade ou da experiência.

A associação entre o tipo de serviço hospitalar, com as dez dimensões do HSOPSC, versão 2.0, mostra que há diferenças significativas entre o SUMC e os SUB na Dimensão 1 [Trabalho em Equipa; $p < 0,001$], Dimensão 2 [Dotação de Pessoal e Ritmo de Trabalho; $p = 0,008$], Dimensão 3 [Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua; $p = 0,004$], Dimensão 6 [Comunicação sobre Erro; $p = 0,046$] e Dimensão 10 [Transferências e Troca de Informações; $p = 0,027$], refletindo que o SUMC, com maior complexidade e volume de doentes, apresenta perceções mais negativas devido à sobrecarga operacional e falhas na comunicação, o que pode aumentar os EA em até 15%.

Bergs et al. (2014), no seu estudo, associou serviços de alta intensidade a *scores* inferiores no trabalho em equipa e na comunicação, aumentando riscos de IACS e erros de medicação. Dimensões sem diferenças, como Dimensão 4 [Resposta ao Erro; $p = 0,295$] e Dimensão 9 [Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente; $p = 0,154$], indicam problemas como culturas punitivas persistentes, alinhado a Silva et al. (2025), que num estudo sobre EA em hospitais portugueses estimaram 12,5% de EA evitável, independentemente do tipo de serviço, devido à implementação irregular do PNSD.

Após a discussão detalhada às dez dimensões do questionário HSOPSC, versão 2.0, que integrou uma abordagem quantitativa, foram descritas as perceções dos enfermeiros sobre a CSD, identificadas as áreas de força e fragilidades no SUMC e nos dois SUB da ULS em estudo, e propostas recomendações

práticas. Estes resultados revelam sobrecarga, rácios inadequados, falta de formação e comunicação hierárquica deficiente, comprometendo a cultura de segurança. Há apelo a uma cultura colaborativa, com supervisão construtiva, *feedback* sobre erros e envolvimento da gestão. Temas como higiene e instalações sugerem melhorias infraestruturais. Pelo que é importante a implementação de dotações seguras e formação anual; adoção de uma supervisão colaborativa e fóruns de comunicação; criação de sistemas de *feedback* para notificações; reforço de suporte da gestão; e padronização de processos de transferências.

Este estudo contribui de forma significativa para o avanço do conhecimento sobre a CSD em contextos de SU em Portugal, preenchendo lacunas na literatura nacional, onde as investigações frequentemente se concentram em grandes hospitais urbanos, com menor foco nos ambientes regionais (Eiras et al., 2014; Brás et al., 2023). A nível teórico, este estudo enriquece o *framework* conceitual da CSD ao integrar a abordagem quantitativa, utilizando o questionário HSOPSC, versão 2.0, validado para o contexto português por Freitas et al. (2025), com análise de conteúdo da questão aberta inserida no questionário. Os resultados destacam a interseção entre a sobrecarga operacional e a subnotificação de EA, contribuindo para a teoria ao demonstrar como barreiras culturais e estruturais perpetuam ciclos de insegurança, estendendo conceitos como o de segunda vítima (Carrillo et al., 2022) para contextos de SU. Ao comparar com *benchmarks* internacionais (AHRQ, 2024; média da OCDE, 2024) e nacionais (Freitas et al., 2025), o estudo reforça a relevância de adaptações locais aos *frameworks* globais da OMS (2023), como o PAGSD 2021–2030, fornecendo evidências empíricas de que a CSD em SU portuguesas é influenciada por fatores regionais, como dispersão geográfica e envelhecimento demográfico (INE, 2021).

A nível prático, os resultados oferecem recomendações acionáveis para os gestores de saúde e os *policymakers* alinhadas ao PNSD 2021–2026 (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

A identificação de fragilidades em dimensões como a Dimensão 8 [Notificação de Eventos da Segurança do Doente; 10%] e a Dimensão 6 [Comunicação sobre Erro; 18%] sugere a implementação de sistemas anónimos de notificação e *feedback* estruturado, que podem aumentar a transparência em até 30% (Slawomirski & Klazinga, 2022). A ênfase em Dimensão 2 [Dotações Seguras e Ritmo de Trabalho] e Dimensão 4 [Resposta ao Erro] fornece bases para auditorias de rácios enfermeiro–doente e programas de formação em liderança, potencialmente reduzindo EA evitáveis em 20–30% em SU (Alhawajreh et al., 2023).

Estas contribuições são particularmente relevantes para ULS regionais, promovendo a aplicação prática do PNSD para mitigar impactos económicos com EA prolongados (Silva et al., 2025).

Apesar destas contribuições, o estudo apresenta limitações inerentes ao desenho e ao contexto. Primeiramente, a amostra de conveniência ($n = 77$ enfermeiros, 71% da população-alvo) de uma única ULS da região norte limita a generalização para outros contextos hospitalares portugueses ou internacionais, podendo refletir peculiaridades regionais como dispersão geográfica e sobrecarga sazonal (Despacho nº. 9390/2021 de 24 de setembro).

Embora atenda às recomendações de Sorra et al. (2021) para robustez estatística, a amostra pode introduzir viés de seleção, com maior representação do SUMC (79,2%) em detrimento dos SUB (20,8%), potencialmente enviesando as perceções para ambientes de maior complexidade (Brás et al., 2023). Em segundo lugar, o desenho transversal, embora adequado para capturar perceções atuais, não permite inferências causais sobre evoluções temporais da CSD, limitando a compreensão de impactos de intervenções como o PNSD 2021–2026. O questionário HSOPSC, versão 2.0, apesar de válido (Freitas et al., 2025), depende de respostas autonotificadas, sujeitas a viés de desejabilidade social, onde os enfermeiros podem subestimar fragilidades devido ao medo de represálias, especialmente em dimensões como a notificação de EA (Rocha et al., 2023).

A análise de conteúdo, baseada na questão de resposta aberta, oferece profundidade, mas é limitada pela brevidade das respostas e pela ausência de entrevistas em profundidade, o que poderia enriquecer a análise de temas como rivalidades interpessoais, entre outros. Por último, o estudo foi realizado durante um período específico, entre junho e julho de 2025, possivelmente influenciado por fatores sazonais como férias ou picos de afluência, afetando as perceções de sobrecarga (Fernandes & Tareco, 2016).

As implicações deste estudo são diversas, com relevância para a política, a prática clínica e a investigação em saúde e em gestão das organizações. Em termos de política, os resultados reforçam a urgência de implementar o PNSD 2021–2026 em ULS regionais, destacando a necessidade de alocar recursos para dimensões críticas como a notificação de EA e a comunicação sobre o erro, alinhando-se às metas da OMS para reduzir EA evitáveis em 50% até 2030 (OMS, 2024). Para decisores do SNS, implica priorizar auditorias de dotações seguras e formação em "*just culture*", potencialmente reduzindo custos com EA em 20–30% (Silva et al., 2025).

Na prática clínica, as implicações incluem a adoção de intervenções como simulações colaborativas e plataformas digitais de *feedback*, que podem elevar a CSD em SU, mitigando a sobrecarga e a subnotificação (Slawomirski & Klazinga, 2022). Para gestores hospitalares, sugere a criação de fóruns inclusivos e supervisão construtiva, promovendo a retenção de profissionais e a redução de *burnout* (Brás et al., 2023).

As recomendações futuras para a investigação incluem estudos longitudinais para avaliar impactos de intervenções do PNSD ao longo do tempo, utilizando amostras multicêntricas para maior generalização (Kline, 2023). Sugere-se integrar métodos mistos avançados, como entrevistas em profundidade ou observação do participante, para explorar temas qualitativos (Saunders et al., 2019). E, pesquisas comparativas entre regiões portuguesas ou com países europeus poderiam identificar determinantes culturais da CSD (Verma et al., 2024).

Em suma, este estudo sublinha a necessidade urgente de fortalecer a CSD nos SU da ULS em estudo, através da implementação de práticas colaborativas, sistemas de notificação anónimos e formação contínua, alinhadas com o PNSD 2021-2026, promovendo cuidados mais seguros e uma cultura organizacional que valorize a transparência e a aprendizagem contínua, com vista a reduzir os EA e alinhar as práticas aos padrões internacionais de segurança do doente.

6. Conclusão

Com o cruzar da reta final deste trabalho de investigação, sentimos não apenas a satisfação de concluir um marco académico, mas também uma profunda responsabilidade de refletir sobre o seu impacto e significado.

O presente estudo atingiu o seu objetivo principal ao analisar a perceção dos enfermeiros relativamente à CSD no SUMC e nos dois SUB de uma ULS da região norte de Portugal. Através de uma metodologia quantitativa, com recurso ao questionário HSOPSC, versão 2.0, foi possível caracterizar de forma sistemática as principais dimensões da CSD, bem como identificar áreas de força e fragilidade, permitindo responder à questão de investigação.

Os resultados demonstram que a CSD nos serviços analisados é percecionada como globalmente “fraca”. Esta conclusão é sustentada pelas baixas percentagens de respostas positivas na maioria das dimensões do HSOPSC, bem como pela classificação global de segurança atribuída pelos enfermeiros, predominantemente situada entre “Fraca” e “Suficiente”. Estes resultados indicam que a segurança do doente nos SU permanece aquém dos padrões preconizados pela ENTQS e pelo PNSD 2021–2026.

Foram identificadas três áreas críticas. A primeira refere-se à subnotificação de EA, evidenciada pela elevada proporção de enfermeiros que não efetuaram qualquer notificação. Este resultado sugere a persistência de barreiras organizacionais à notificação, nomeadamente a perceção de uma cultura punitiva e a ausência de *feedback* estruturado, comprometendo a aprendizagem organizacional. A existência de diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros generalistas e especialistas reforça a necessidade de estratégias de uniformização da literacia em segurança do doente.

A segunda área crítica relaciona-se com fatores organizacionais e de liderança, destacando-se as baixas pontuações nas dimensões relativas ao suporte da gestão e ao trabalho em equipa. Estes resultados refletem perceções de sobrecarga laboral, inadequação dos rácios enfermeiro/doente e fragilidades na comunicação institucional, incluindo o desconhecimento, por uma parte dos profissionais, do estatuto de acreditação do serviço.

A terceira fragilidade identificada prende-se com a variação contextual da perceção da segurança entre serviços, tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas entre o SUMC e os SUB. Este resultado sugere que a maior complexidade assistencial e pressão operacional do SUMC influenciam negativamente a perceção da CSD, evidenciando a necessidade de intervenções adaptadas às especificidades de cada contexto.

Do ponto de vista científico, o estudo contribui para o conhecimento da CSD em contextos de elevada exigência assistencial, recorrendo a um instrumento validado e amplamente utilizado a nível

internacional. Em termos práticos, os resultados fornecem informação relevante para os gestores de saúde e reforçam o papel do enfermeiro como elemento-chave na promoção da segurança do doente. As recomendações decorrentes do estudo alinham-se com os eixos estratégicos do PNSD 2021–2026, salientando-se a implementação de dotações seguras, o reforço de sistemas de notificação de eventos adversos com garantia de anonimato e *feedback*, e o investimento em formação contínua orientada para o trabalho em equipa e a comunicação segura.

Entre as limitações do estudo destacam-se o seu carácter transversal, a realização numa única ULS e a dimensão da amostra, fatores que condicionam a generalização dos resultados. Como perspetivas futuras, recomenda-se a realização de estudos multicêntricos e longitudinais que permitam avaliar a evolução da CSD e o impacto das intervenções implementadas.

Em suma, os resultados evidenciam a necessidade de reforçar a CSD nos SU, constituindo esta uma prioridade estratégica para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a sustentabilidade do SNS.

Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2021, 21 de março). *Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/09/Relat%C3%B3rio-de-Acesso-2021.pdf>
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2022). *Unidades de Gestión Sanitaria*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/estandares/unidades-de-gestion-sanitaria/>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2024). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2024 Database Report*. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/databases/hospital/2024-hospital-database-report-ptl.pdf>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344(e1717). <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Alhawajreh, M., Paterson, A., & Jackson, W. (2023). Impact of hospital accreditation on quality improvement in healthcare: A systematic review. *Journal PLOS One*, 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294180>
- Alsabri, M., Boudi, Z., Lauque, D., Dias, R., Whelan, J., Östlundh, L., Alinier, G., MPhys, P., Onyeji, C., Michel, P., Liu, S., Camargo, C., Lindner, T., Slagman, A., Bates, D., Tazarourte, K., Singer, S., Toussi, A., Grossman, S., & Bellou, A. (2022). Impact of teamwork and communication training interventions on safety culture and patient safety in emergency departments: a systematic review. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e351-e361. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000782>
- American Health Law Association. (2024). *Top ten issues in health law 2024*. <https://www.americanhealthlaw.org/content-library/connections-magazine/article/d91b2697-e96b-49e4-84c1-1b8399406f5e/top-ten-issues-in-health-law>
- American Institute of Health Care Professionals. (2025). *The role of legal ethics in healthcare*. <https://aihcp.net/2025/01/10/the-role-of-legal-ethics-in-healthcare/>
- American Medical Association. (2023). *Promoting patient safety: Code of Medical Ethics*. AMA.
- American Nurses Association. (2018). *Nursing: Scope and standards of practice* (3rd ed.). Silver Spring.

- Armstrong, B.; Dutescu, I.; Nemoy, L.; Bhavsar, E.; Carter, D.; Ng, K; Trbovich, P., & Palter, V. (2022). Effect of the surgical safety checklist on provider and patient outcomes: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 31(6). <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014361>
- Bates, W., Levine, D., Salmasian, H., Syrowatka, A., Shahian, D., Lipsitz, S., Zebrowski, J., Myers, L., Logan, M., Roy, C., Iannaccone, C., Frits, M., Volk, L., Dulgarian, S., Amato, M., Edrees, H., Sato, L., Folcarelli, P., Einbinder, J., ... Mort, E. (2023). The Safety of Inpatient Health Care. *The New England Journal of Medicine*, 388(2), 142-153. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa2206117>
- Berça, I., & Veiga-Branco, M. (2022). Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde: Perspetiva dos profissionais de enfermagem. *Servir*, 2(02), e26552. <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>
- Bergman, L., Nilsson, U., Dahlberg, K., Jaensson, M., & Wångdahl, J. (2021). Health literacy and e-health literacy among Arabic-speaking migrants in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(2165), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12187-5>
- Bergs, J., Hellings, J., Cleemput, I., Zurel, Ö., De Troyer, V., Van Hiel, M., Demeere, J-L., Claeys, D., & Vandijck, D. (2014). Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *British Journal of Surgery*, 101(3), 150-158. <https://doi.org/10.1002/bjs.9381>
- Braithwaite, J., Wears, R., Hollnagel, E., Mannion, R., Westbrook, J., Amalberti, R., Shaw, J., Taylor-Adams, S., & Vincent, C. (2019). *Health systems improvement across the globe: Success stories from 60 countries*. CRC Press.
- Brás, C.; Ferreira, M.; Figueiredo, M., & Duarte, J. (2023). Cultura de segurança do doente na prática clínica dos enfermeiros. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 31(e3838). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6231.3838>
- Caldas, B., Portela, M., & Aveling, E. (2021). How Can Implementation of a Large-Scale Patient Safety Program Strengthen Hospital Safety Culture? Lessons From a Qualitative Study of National Patient Safety Program Implementation in Two Public Hospitals in Brazil. *Sage Journals*, 79(4). <https://doi.org/10.1177/10775587211028068>
- Carrillo, I., Tella, S., & Mira, J. (2022). Studies on the second victim phenomenon and other related topics in the pan-European environment: The experience of ERNST Consortium members. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 27(2). <https://doi.org/10.1177/25160435221076985>

- Cerrone, V.; Andretta, V.; Prendin, A.; Ilardi, B.; Bonetti, C.; Capunzo, M., & Cascella, M. (2025). Effectiveness of Incident Reporting Tools in Ensuring Patient Safety: A Systematic–Narrative Hybrid Review. *Patient Experience Journal*, 12(1), 83–92. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.2001>
- Clarkson, M., Haskell, H., Hemmelgarn, C., & Skolnik, P. (2019). Abandon the term "second victim". *BMJ*, 364, l1233. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1233>
- Correia, T.; Martins, M., & Forte, E. (2017). Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 75–83. <https://doi.org/10.12707/RIV16073>
- Coughlin, S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., & George, V. (2020). Health Literacy, Social Determinants of Health, and Disease Prevention and Control. *Journal Environ Health Science*, 6(1), 1–4. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7889072/>
- Davis, T., Straatmann, K., Snyder, N., & Shiner, D. (2025). Promoting a culture of patient safety: Using the principles of just culture to improve transparency and risk reporting in the hospital setting. *Patient Safety*, 7(2). <https://doi.org/10.33940/001c.137737>
- Deming, W. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.
- Department of Health and Human Services. (2020). *Health Literacy in Healthy People 2030*. <https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030>
- Despacho nº. 5613/2015 de 27 de maio. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015–2020. Em *Diário da República*: 2ª Série, n. 102/2015, 13550–13553.
- Despacho nº. 9390/2021, de 24 de setembro. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 (PNSD 2021–2026). Em *Dário da República*: 2ª Série, n.187, 96–103.
- Direção–Geral da Saúde. (2025). *Modelo de Certificação do Ministério da Saúde/ACSA Internacional. Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/-documento-geral-de-certificacao-de-unidades-de-saude-2025-pdf.aspx>
- Diz, A., & Lucas, P. (2020). Patient safety culture in emergency services: Health Professional's Perceptions – Systematic Review. *Investigação qualitativa em saúde: avanços e desafios*, 909–919. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.909-919>
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: investigação ação numa unidade de radioterapia* [Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10362/13667>

- Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 111-122. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
- Eng, D., & Schweikart, S. (2020). Why accountability sharing in health care organizational cultures means patients are probably safer. *AMA Journal of Ethics*, 22(9), E779-783. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.779>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2025). *Protocol for the surveillance of healthcare-associated infections and prevention indicators in European intensive care units, HAI-Net ICU protocol, version 2.3*. Stockholm: ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/protocol-surveillance-healthcare-associated-infections-and-prevention-indicators>
- European Conference on Health Communication. (2025). *Theme: Literacies and Empowerment in Health Communication*. University of Minho. <https://www.cecs.uminho.pt/echc2025/theme/>
- European Cooperation in Science & Technology. (2020). *Memorandum of Understanding for the implementation of the COST Action "The European Researchers' Network Working on Second Victims" (TheERNSTGroup) CA19113*. <https://cost-ernst.eu/>
- European Cooperation in Science & Technology. (2022). *COST Action Progress Report at 24 months (15/09/2020 to 15/09/2022). CA19113: The European Researchers' Network Working on Second Victims*. <https://www.cost.eu/actions/CA19113/>
- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 19(09). https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-98952016000300004
- Ferreira, K., Balsanelli, A., & Santos, J. (2023). Competências profissionais dos enfermeiros de unidades de urgência e emergência: estudo de método misto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31(e3937). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6554.3937>
- Freitas, E., Silva, C., & Eiras, M. (2025). Portuguese cross-cultural adaptation and validation of the hospital survey on patient safety culture 2.0. *BMC Health Services Research*, 25(804). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12960-x>
- Furtado, C.; Jorge, M.; Junior, D., & Moreira, T. (2023). *Gestão de qualidade em saúde: conceitos e ferramentas da qualidade como estratégia de construção e práticas em gestão em saúde*. Ampla Editora.

- Garcia, C., Abreu, L., Ramos, J., Castro, C., Smiderle, F., Santos, J., & Bezerra, I. (2019). Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*, 55(9), 553. <https://doi.org/10.3390/medicina55090553>
- Garrett, A., & Melo, R. (2025). Strategies promoting the reporting of adverse events in nursing care for critically ill patients: scoping review. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(18), e34870. <https://doi.org/10.29352/mill0218e.34870>
- Global Burden of Disease (GBD). (2021). *Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Europe Life Expectancy Change by Cause 1990–2021*. Public Health. <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2021-europe-le-change-cause-1990-2021>
- Gomes, D., Herdeiro, M., Ribeiro-Vaz, I., Ferreira, P., & Roque, F. (2022). Adverse Drug Reactions and Potentially Inappropriate Medication in Older Patients: Analysis of the Portuguese Pharmacovigilance Database. *Journal of Clinical Medicine*, 11(8), 2229. <https://doi.org/10.3390/jcm11082229>
- Hamed, M., & Konstantinidis, S. (2022). Barriers to Incident Reporting among Nurses: A Qualitative Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5). <https://doi.org/10.1177/0193945921999449>
- Hamilton, S., Jennings, A., & Forster, A. (2020). Development and evaluation of a quality improvement framework for healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(7). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa075>
- Holden, J., & Card, A. (2019). Patient safety professionals as the third victims of adverse events. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 251604351985091. <https://betsylehmancenterma.gov/assets/uploads/general/Patient-Safety-Professionals-Third-Victims.pdf>
- Horváth, Á., & Molnár, P. (2021). A review of patient safety communication in multicultural and multilingual healthcare settings with special attention to the U.S. and Canada. *AKJournals*, 4(3), 49–57. <https://doi.org/10.1556/2066.2021.00041>
- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 21(1057). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>

- International Council of Nurses. (2022). *New report calls for global action plan to address nursing workforce crisis and prevent an avoidable healthcare disaster*. <https://www.icn.ch/news/new-report-calls-global-action-plan-address-nursing-workforce-crisis-and-prevent-avoidable>
- International Organization for Standardization (2015). *ISO 9001:2015 – Quality management systems – Requirements*. ISO. <https://www.iso.org/standard/62085.html>
- International Organization for Standardization. (2016). *ISO 13485:2016 – Medical devices – Quality management systems – Requirements for regulatory purposes*. ISO. <https://www.iso.org/standard/59752.html>
- International Organization for Standardization. (2023). *ISO 7101:2023 – Healthcare organization management – Management systems for quality in healthcare organizations – Requirements*. ISO. <https://www.iso.org/standard/81647.html>
- Joint Commission International (2024). *JCI Accreditation Standards for Hospitals* (8th ed.). JCI.
- José, D., Moreira, A., & Oliveira, M. (2025). Organizational Culture and Perceived Performance: Mediation of Perceived Organizational Support and Moderation of Motivation. *Administrative Science*, 15(8), 307. <https://doi.org/10.3390/admsci15080307>
- Kachalia, A., Mello, M., Nallamothu, B., & Studdert, D. (2016). Legal and Policy Interventions to Improve Patient Safety. *Circulation*, 133(7), 661–671. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.015880>
- Kadivar, M., Manookian, A., Asghari, F., Niknafs, N., Okazi, A., & Zarvani, A. (2017). Ethical and legal aspects of patient's safety: A clinical case report. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 10(15). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6150915/pdf/JMEHM-10-15.pdf>
- Kim, Y., & Yoo, J. (2022). Effects of Manikin Fidelity on Simulation-Based Nursing Education: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Nursing Education*, 61(2), 67–72. <https://doi.org/10.3928/01484834-20211213-03>
- Kline, R. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Press.
- Konder, M., & O'dwyer, G. (2019). As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenómenos do fluxo assistencial na rede de urgências. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2), e290203. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290203>
- Kruk, M., Gage, A., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E., Lijstrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable

- Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), E1196–E1256.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Lancaster, R., Vizgirda, V., Quinlan, S., & Kingston, M. (2022). To err is human, just culture, practice, and liability in the face of nursing error. *Nurse Leader*, 20(5), 517–521.
<https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.06.010>
- Laureano, R. (2022). *Testes de hipóteses e regressão: o meu manual de consulta rápida* (3ª ed.). Edições Sílabo.
- Lee, S., Scott, L., Dahinten, S., Vincent, C., Lopez, K., & Park, C. (2017). Safety Culture, Patient Safety, and Quality of Care Outcomes: A Literature Review. *Sage Journals*, 41(2).
<https://doi.org/10.1177/0193945917747416>
- Lei n. 7/2009, de 12 de fevereiro. (2009). Revisão do Código do Trabalho. Em *Diário da República*: 1ª Série, n. 30, 926–1029.
- Mahmoud, H., Thavorn, K., Mulpuru, S., Mclsaac, D., Abdelrazek, M., Mahmoud, A., & Forster, A. (2023). Barriers and facilitators to improving patient safety learning systems: a systematic review of qualitative studies and meta-synthesis. *BMJ Open Quality*, 12(e002134).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002134>
- Marôco, J., Marôco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais da Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24–31.
- McGowan, J., Wojahn, A., & Nicolini, J. (2023). *Risk Management Event Evaluation and Responsibilities*. StatPearls Publishing LLC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559326/>
- Micco, F., Palma, G., Ferorelli, D., Benedictis, A., Tomassini, L., Tambone, V., Cingolani, M., & Scendoni, R. (2025). Artificial intelligence in healthcare: transforming patient safety with intelligent systems—A systematic review. *Frontiers in Medicine*, 11(2024).
<https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1522554>
- Mira, J., Carrillo, I., Tella, S., Vanhaecht, K., Panella, M., Seys, D., Ungureanu, M., Sousa, P., Buttigieg, S., Vella-Bonanno, P., Popovici, G., Srulovici, E., Guerra-Paiva, S., Knezevic, B., Lorenzo, S., Lachman, P., Ushiro, S., Scott, S., Wu, A., & Strametz (2024). The European Researchers' Network Working on Second Victim (ERNST) Policy Statement on the Second Victim Phenomenon for Increasing Patient Safety. *Public Health Reviews*, 45, 1607175.
<https://doi.org/10.3389/phrs.2024.1607175>
- Mira, J., Carrillo, I., Gil-Hernández, E., Strametz, R., Krajina, H., Schröder, K., Tella, S., Paiva, S., Knežević, B., Panella, M., Seys, D., Srulovici, E., Pölluste, K., Vanhaecht, K., & Sousa, P. (2025). Key elements for

- designing effective second victim support interventions: a focus group study in European clinical settings. *BMJ Open*, 15, e089923. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089923>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, M., Hautz, W., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*, 8(e022202). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Murray, J., Clifford, C., Larson, S., Lee, J., & Sculli, G. (2023). Implementing just culture to improve patient safety. *Military Medicine*, 188(7-8), 1596–1601. <https://doi.org/10.1093/milmed/usac115>
- Murray, C., & Lopez A. (2013). Measuring the Global Burden of Disease. *The New England Journal of Medicine*, 369(5). <https://doi.org/10.1056/NEJMra1201534>
- Neves, T., Parreira, P., Rodrigues, V., & Graveto, J. (2021). Impact of safe nurse staffing on the quality of care in Portuguese public hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 29(12). <https://doi.org/10.1111/jonm.13263>
- Norma n. 005/2018 de 20 de fevereiro. (2018). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Em *Diário da República*: 2ª Série, n. 36.
- Nydo, P., Pillay, B., Naicker, T., & Moodley, J. (2020). The second victim phenomenon in health care: A literature review. *Scand J Public Health*, 48(6), 629–637. <https://doi.org/10.1177/1403494819855506>
- Oliveira, R., Sousa, A., Salvo, M., Petenate, A., Gushken, A., Riba, E., Torelly, E., Silva, K., Bass, L., Tuma, P., Borem, L., Barros, C., & Vernal, S. (2024). Estimating the savings of a national project to prevent healthcare-associated infections in intensive care units. *Journal of Hospital Infection*, 143, 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2023.10.001>
- Ong, T., Goh, C., Tan, E., Sivanathan, K., Tang, A., Tan, H., & Ng, Q. (2025). Second Victim Syndrome Among Healthcare Professionals: A Systematic Review of Interventions and Outcomes. *Journal Healthc Leadersh*, 3;17:225–239. <https://doi.org/10.2147/JHL.S526565>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Plano de atividades 2020 e orçamento*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19504/ponto-2_plano-atividades-e-or%C3%A7amento_2020.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o* *Repositório*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2024). *Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work*.
<https://www.oecd.org/health/developing-international-benchmarks-of-patient-safety-culture-in-hospital-care-95ae65a3-en.htm>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2024). *Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries: Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2*.
https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2024/07/comparative-assessment-of-patient-safety-culture-performance-in-oecd-countries_d8d88823/d0552328-en.pdf
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2025). *The economics of diagnostic safety*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/03/the-economics-of-diagnostic-safety_6e0ed50b/fc61057a-en.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030*. WHO Press. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Patient safety*. WHO Press. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Patient safety: making health care safer*. WHO Press. <https://iris.who.int/items/43678287-6384-4947-a07b-ab07fbb4eaa4>
- Organização Mundial da Saúde. (2024). *Health literacy*. WHO Press. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
- Organização Mundial da Saúde. (2024). *Global patient safety report 2024*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>
- Pereira, N. (2008). *Comunicação de enfermeiro/utente num serviço de urgência* [Tese de mestrado, Universidade Aberta de Lisboa].
<http://hdl.handle.net/10400.2/711>

- Peta, D., & Navaroli, J. (2024). Supporting a Healthy Work Environment and Just Culture in the Emergency Care Setting. *Journal of Emergency Nursing*, 50(2), 305–311. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.01.004>
- Porter, M. (2010). What is value in health care?. *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Prates, C., Caregnato, R., Magalhães, M., Paib, D., Urbanettod, J., & Moura, G. (2021). Patient safety culture in the perception of health professionals: A mixed methods research study. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200418>
- Ritchie, W., Ni, J., Stark, E., & Melnyk, S. (2019). The Effectiveness of ISO 9001-Based Healthcare Accreditation Surveyors and Standards on Hospital Performance Outcomes: A Balanced Scorecard Perspective. *Quality Management Journal*, 26(4), 162–173. <https://doi.org/10.1080/10686967.2019.1647770>
- Rocha, M., Gabriel, C., Moura, A., Inácio, A., Inácio, Mendonça, D., Bernardes, A., & Dias, B. (2023). Incidência e evitabilidade de eventos adversos no pronto atendimento: estudo retrospectivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36(eAPE02192). <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023A002192>
- Rodziewicz, T., Houseman, B., Vaqar, S., & Hipskind, J. (2024). Medical error reduction and prevention. *StatPearls*. NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Rogers, A., Hwang, W., Scott, L., Aiken, L., & Dinges, D. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23(4), 202–212. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.202>
- Sallam, M., & Hamdan, A. (2023). Examining the Influence of Joint Commission International (JCI) Accreditation Surveys on Medication Safety Practices: A cross- Sectional Study from Mediclinic Welcare Hospital in Dubai, UAE. *Journal of Integrated Health*, 2(4), 1–12. <https://doi.org/10.51219/JIH/Mohammed-Sallam/13>
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K. Mains, D., & Lackan, N. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156–165. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>
- Santana, S., Brach, C., Harris, L., Ochiai, E., Blakey, C., Bevington, F., Kleinman, D., & Pronk, N. (2021). Updating health literacy for Healthy People 2030: Defining its importance for a new decade in public health. *Journal Public Health Management Practice*, 27(6), 258–264. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001324>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2019). *Research Methods for Business Students*(8th ed.). Pearson Education Limited.

- Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 4, 317(7150), 61–65. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61>
- Silva, F. G., Costa, S., Malcata, F., Sá, J., Vasconcelos, R., Cabral, M., Guedes, R., Vilaça, I. M., Guedes, L. P., Ferreira, J., Pereira, N., Pais, J. G., Neves, J., Monteiro, J., Pires, V., Paiva, M., Guimarães, R., Ashrafian, H., Moreira, R., ... Araújo, F. (2025). Addressing the overuse of hospital emergency departments in the portuguese NHS: a new paradigm. *Frontiers in Public Health*, 12, 1444951. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1444951>
- Slawomirski, L., & Klazinga, N. (2022). The economics of patient safety: From analysis to action. *OECD Health Working Papers*, No. 145. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/08/the-economics-of-patient-safety_dda2a072/761f2da8-en.pdf
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sorra, J., & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Services Research*, 10(199). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-199>
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Agency for Healthcare Research and Quality*. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Sorra, J., Famolaro, T. & Yount, N. (2019). Transitioning to the SOPSTTM Hospital Survey Version 2.0: What's Different and What To Expect. *Agency for Healthcare Research and Quality*. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hsops2-pt1-transition-updated.pdf>
- Sorra, J., Yount, N., Famolaro, T. & Gray, L. (2021). Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide. *Agency for Healthcare Research and Quality*. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalsurvey2-users-guide.pdf>
- Sousa, A. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro* [Tese de mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia]. <https://hdl.handle.net/10316/24879>
- Stormacq, C., Wosinski, J., Boillat, E., & Broucke, S. (2020). Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a

systematic review. *JBIS Evidence Synthesis*, 18(7), 1389–1469. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-18-00023>

Vanhaecht, K., Seys, D., Russotto, S., Strametz, R., Mira, J., Sigurgeirsdóttir, S., Wu, A., Pölluste, K., Popovici, D., Sfetcu, R., Kurt, S., & Panella, M. (2022). An evidence and consensus-based definition of second victim: A strategic topic in healthcare quality, patient safety, person-centeredness and human resource management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 1689. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>

Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D. (2025). Emergency Nurses' Perceptions and Experiences in Managing Acute Pain in Critically Ill Adult Patients: A Qualitative Study. *Journal of Advanced Nursing*, 1(16). <https://doi.org/10.1111/jan.17033>

Verma, A., Stukel, T., Colacci, M., Bell, S., Ailon, J., Friendrich, J., Murray, J., Kuzulugil, S., Yang, Z., Lee, Y., Pou-Prom, C., & Mamdani, M. (2024). Clinical evaluation of a machine learning-based early warning system for patient deterioration. *CMAJ*, 196(30), E1027–E1037. <https://doi.org/10.1503/cmaj.240132>

Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). Safer healthcare: Strategies for the real world. *Springer Open*, 9–170. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-25559-0>

Vuohijoki, A., Ristolainen, L., Leppilahti, J., Kivivuori, S., & Hurri, H. (2025). Impact of joint commission international accreditation on occupational health and patient safety: A systematic review. *Journal PLOS One*, 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325894>

Yuen, E., Winter, N., Savira, F., Huggins, C., Nguyen, L., Cooper, P., Peeters, A., Anderson, K., Bhoyroo, R., Crowe, S., & Ugalde, A. (2024). Digital health literacy and its association with sociodemographic characteristics, health resource use, and health outcomes: Rapid review. *Interactive Journal of Medical Research*, 13(e46888). <https://doi.org/10.2196/46888>

Anexos

Anexo I – Autorização da Mestre Elsa Freitas para a utilização do Questionário HSOPSC, versão 2.0

ASSUNTO: Autorização para Utilização do Questionário "*Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0*" (Versão Portuguesa).

Eu, Elsa Mariza Ribeiro de Freitas CC n.º 12482979, autorizo a Enfermeira Joana Costa a utilizar o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0* (HSOPS 2.0), validado para a Versão Portuguesa, no âmbito da sua Tese de Mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

Assinado por: Elsa Mariza Ribeiro de Freitas
Num. de Identificação: BI12482979
Data: 12-05-2025 16:11:33 +01:00



Inquérito Hospitalar sobre Segurança do Doente¹ (Versão 2.0)

Instruções

Este inquérito pede a sua opinião sobre questões de segurança do doente, erro e notificação de eventos no seu hospital e levará cerca de 10-15 minutos a concluir. Se uma pergunta não se aplicar a si ou ao seu hospital ou se não souber a resposta, seleccione "Não se aplica ou Não sei".

- “**Segurança do doente** é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”. (DGS, 2011)
- “**Um evento** é algo que acontece a ou implica um doente”. (DGS, 2011)

SECÇÃO A: O seu Serviço / Unidade

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do Serviço/Unidade onde trabalha?

| Pense sobre o seu Serviço / Unidade: | Discordo fortemente ▼ | Discordo ▼ | Não concordo nem discordo ▼ | Concordo ▼ | Concordo fortemente ▼ | Não se aplica ou Não sei ▼ |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Neste Serviço/Unidade, trabalhamos em conjunto, de forma eficaz, como uma equipa.... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2. Neste Serviço/Unidade, existem recursos humanos suficientes para corresponder ao trabalho que é exigido..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3. Os profissionais deste Serviço/Unidade trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 4. Este Serviço/Unidade revê regularmente os processos de trabalho para determinar se são necessárias ações de melhoria para a segurança do doente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5. Este Serviço/Unidade depende excessivamente de trabalhadores temporários . | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 6. Neste Serviço/Unidade os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra si..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 7. Neste Serviço/Unidade, quando um evento é notificado, parece que é a pessoa que está a ser reportada e não o problema | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 8. Durante os períodos de maior atividade, os profissionais deste Serviço/Unidade entreatudam-se..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 9. Existe um problema de comportamento desrespeitoso por parte de quem trabalha neste Serviço/Unidade..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

¹ Traduzido do inglês com autorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

| | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 10. Quando um profissional comete erros, este Serviço/Unidade foca-se em aprender com os erros em vez de colocar a culpa neste | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 11. O ritmo de trabalho neste Serviço/Unidade é tão intenso que afeta negativamente a segurança do doente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 12. Neste Serviço/Unidade, as ações de melhoria para a segurança do doente são avaliadas para verificar o seu impacto..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 13. Neste Serviço/Unidade, existe falta de apoio para os profissionais envolvidos em erros relativos à segurança do doente..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 14. Este Serviço/Unidade permite que os mesmos problemas de segurança do doente continuem a acontecer repetidamente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

SECÇÃO B: O seu superior hierárquico

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu supervisor hierárquico.

| | Discordo fortemente ▼ | Discordo ▼ | Não concordo nem discordo ▼ | Concordo ▼ | Concordo fortemente ▼ | Não se aplica ou Não sei ▼ |
|---|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1. O meu superior hierárquico ou responsável clínico tem em consideração as sugestões da equipa para melhorar a segurança do doente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2. O meu superior hierárquico ou responsável clínico quer que trabalhem mais rapidamente durante os períodos de maior atividade, mesmo que isso signifique enveredar por desvios..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3. O meu superior hierárquico ou responsável clínico toma medidas para responder às preocupações relativas à segurança do doente que lhe são apresentadas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

SECÇÃO C: Comunicação

Com que frequência ocorre este tipo de situações no Serviço/Unidade onde trabalha?

| | Nunca ▼ | Raramente ▼ | Por vezes ▼ | A maioria das vezes ▼ | Sempre ▼ | Não se aplica ou Não sei ▼ |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1. Somos informados acerca de erros que acontecem neste Serviço/Unidade | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2. Quando ocorrem erros neste Serviço/Unidade, discutimos sobre formas de prevenir..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

- | | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 3. Neste Serviço/Unidade, somos informados acerca de alterações feitas baseadas na notificação de eventos..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 4. Neste Serviço/Unidade, os profissionais manifestam-se se observarem algo que possa afetar negativamente a prestação de cuidados ao doente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5. Os profissionais deste Serviço/Unidade manifestam-se quando veem alguém com mais autoridade a fazer algo que põe em risco a segurança do doente..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 6. Quando os profissionais deste Serviço/Unidade falam, os que detêm mais autoridade estão disponíveis para ouvir as suas preocupações relacionadas com a segurança do doente..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 7. Neste Serviço/Unidade, os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar bem | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

SECÇÃO D: Notificação de Eventos/Ocorrências sobre Segurança dos Doentes

No Serviço/Unidade onde trabalha, quando os eventos/ocorrências seguintes ocorrem, com que frequência são notificados:

- | | Nunca
▼ | Raramente
▼ | Por vezes
▼ | A maioria das vezes
▼ | Sempre
▼ | Não se aplica ou Não sei
▼ |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1. Quando um evento/ocorrência é <u>detetado e corrigido antes de afetar o doente</u> , com que frequência é notificado? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2. Quando um doente é alvo de um evento/ocorrência que <u>poderia tê-lo afetado, mas não o fez</u> , com que frequência é notificado? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3. <u>Nos últimos 12 meses</u> , quantos eventos/ocorrências de segurança do doente preencheu e entregou? | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> a. Nenhum | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 2 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> c. 3 a 5 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> d. 6 a 10 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> e. 11 ou mais | | | | | | |

SECÇÃO E: Grau de Segurança do Doente

1. Como classificaria o seu Serviço/Unidade quanto à segurança do doente?

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Fraco ▼ | Suficiente ▼ | Bom ▼ | Muito bom ▼ | Excelente ▼ |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

SECÇÃO F: O seu Hospital

Indique, por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do seu hospital?

| | Discordo fortemente ▼ | Discordo ▼ | Não concordo nem discordo ▼ | Concordo ▼ | Concordo fortemente ▼ | Não se aplica ou Não sei ▼ |
|---|-----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1. As ações da Direção do Hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2. A Direção do Hospital faculta recursos adequados de forma a melhorar a segurança do doente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3. A Direção do Hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 4. Quando os doentes são transferidos de um Serviço/Unidade para outro, frequentemente são omitidas informações importantes..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5. Durante as mudanças de turno, frequentemente são omitidas informações importantes sobre os cuidados aos doentes.. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 6. Durante as mudanças de turno, há tempo suficiente para partilhar todas as informações pertinentes sobre os cuidados dos doentes..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 9 |

Perguntas de contexto

1. Há quanto tempo trabalha neste hospital?

- a. Menos de 1 ano
- b. 1 a 5 anos
- c. 6 a 10 anos
- d. 11 ou mais anos

2. Neste hospital, há quanto tempo trabalha no seu atual Serviço/Unidade?

- a. Menos de 1 ano
- b. 1 a 5 anos
- c. 6 a 10 anos
- d. 11 ou mais anos

3. Normalmente, quantas horas por semana trabalha neste hospital?

- a. Menos de 30 horas por semana
- b. 30 a 40 horas por semana
- c. Mais de 40 horas por semana

4. Nas suas funções, interage frequentemente ou tem contacto direto com doentes?

- a. SIM, frequentemente interajo ou tenho contacto direto com doentes
 b. NÃO, raramente interajo ou tenho contacto direto com doentes

A sua função

1. Qual a sua função neste hospital? Selecione UMA resposta.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Administrador/Gestor | <input type="checkbox"/> 8 Médico (inclui Internos e prestadores de serviço) |
| <input type="checkbox"/> 2 Assistente espiritual | <input type="checkbox"/> 9 Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> 3 Assistente operacional | <input type="checkbox"/> 10 Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica |
| <input type="checkbox"/> 4 Assistente técnico | <input type="checkbox"/> 11 Técnico Superior de Saúde |
| <input type="checkbox"/> 5 Enfermeiro | <input type="checkbox"/> 12 Técnico Superior de Serviço Social |
| <input type="checkbox"/> 6 Farmacêutico | <input type="checkbox"/> 13 Técnico Superior |
| <input type="checkbox"/> 7 Informático | <input type="checkbox"/> 14 Outro, por favor especifique: <input type="text"/> |

O seu Serviço / Unidade

2. Considere o Serviço / Unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente.

Qual é o seu Serviço / Unidade principal neste hospital? Selecione UMA resposta.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Anatomia Patológica | <input type="checkbox"/> 17 Imunohemoterapia | <input type="checkbox"/> 33 Medicina Física e Reabilitação |
| <input type="checkbox"/> 2 Aprovisionamento | <input type="checkbox"/> 18 Informática | <input type="checkbox"/> 34 Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> 3 Arquivo | <input type="checkbox"/> 19 Medicina (não cirúrgica) | <input type="checkbox"/> 35 Rouparia |
| <input type="checkbox"/> 4 Bloco de Partos | <input type="checkbox"/> 20 Nefrologia | <input type="checkbox"/> 36 Serviço de Urgência |
| <input type="checkbox"/> 5 Bloco Operatório | <input type="checkbox"/> 21 Neonatologia | <input type="checkbox"/> 37 Serviço Social |
| <input type="checkbox"/> 6 Cardiologia | <input type="checkbox"/> 22 Neurocirurgia | <input type="checkbox"/> 38 Serviços de Apoio e Administração |
| <input type="checkbox"/> 7 Cirurgia | <input type="checkbox"/> 23 Neurologia | <input type="checkbox"/> 39 Unidade de Cuidados Intensivos |
| <input type="checkbox"/> 8 Consulta Externa | <input type="checkbox"/> 24 Oftalmologia | <input type="checkbox"/> 40 Urologia |
| <input type="checkbox"/> 9 Cuidados Paliativos | <input type="checkbox"/> 25 Oncologia | <input type="checkbox"/> 41 Outro, por favor especifique: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 10 Dermatologia | <input type="checkbox"/> 26 Ortopedia | |
| <input type="checkbox"/> 11 Endocrinologia/Nutrição | <input type="checkbox"/> 27 Otorrinolaringologia | |
| <input type="checkbox"/> 12 Farmácia | <input type="checkbox"/> 28 Patologia Clínica | |
| <input type="checkbox"/> 13 Gastrenterologia | <input type="checkbox"/> 29 Pediatria | |
| <input type="checkbox"/> 14 Ginecologia/Obstetrícia | <input type="checkbox"/> 30 Pneumologia | |
| <input type="checkbox"/> 15 Hospital de Dia | <input type="checkbox"/> 31 Psiquiatria/Saúde Mental | |
| <input type="checkbox"/> 16 Imagiologia | <input type="checkbox"/> 32 Radioterapia | |

Sexo: Feminino
 Masculino

Idade: <30 anos
 30 a 34 anos
 35 a 39 anos
 40 a 44 anos
 45 ou mais anos

Alguma vez respondeu a este questionário?

- Sim
- Não

O Serviço/Unidade onde trabalha é acreditado/certificado?

- Sim
- Não
- Não sei

Os seus comentários

Por favor, deixe aqui um comentário que considere oportuno relativo à forma como as coisas são ou deveriam ser feitas no seu hospital e que podem influenciar a segurança do doente.

Obrigada por completar este inquérito.

Apêndice

Apêndice I – Tabela da Análise de Conteúdo

| Categoria | Significados Formulados | Frases Significadas |
|---|---|---|
| Trabalho em Equipa | Promoção do trabalho colaborativo, redução de rivalidades entre os profissionais, formação de equipas coordenadas, maior empatia e menos crítica entre colegas de trabalho. | <p>Q19: “Certificação de competências dos enfermeiros generalistas e valorização do seu papel no SUMC em função dessas mesmas competências por forma a motivar o trabalho de equipa e limar rivalidades entre enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas, Formação de equipas de trabalho com um coordenador que assuma a gestão de cada equipa, Simulação/treino de casos clínicos em equipa.”</p> <p>Q34: “Menos conversa, mais ação. Menos cochichos, mais equipa. Menos crítica, mais empatia. A segurança do doente começa quando TODOS os profissionais se preocupam com pessoas.”</p> <p>Q36: “Inexistência de bullying entre profissionais (especialistas, generalistas, os que trabalham nesta ou em outra área, por exemplo...).”</p> |
| Dotação de Pessoal e Ritmo de Trabalho | Necessidade do aumento de recursos humanos (enfermeiros, auxiliares, pessoal de segurança), adequação de rácios profissionais/utentes, redução de trabalho suplementar e exaustão da equipa, substituição de baixas e alocação adequada de substitutos. | <p>Q15: “Criar lista com enfermeiros para realizar transportes. Reforçar a equipa > equipa exausta risco aumentado de acidentes, segurança do doente posta em causa.”</p> <p>Q16: “Necessidade rácio adequado de enfermeiros de acordo com as dotações seguras da ordem dos enfermeiros.”</p> <p>Q17: “Melhorar recursos humanos e materiais.”</p> <p>Q23: “Garantir dotações seguras.”</p> <p>Q26: “Respeitar as dotações seguras calculadas anualmente. Substituir as baixas do serviço e não colocar os substitutos nos serviços que convém.”</p> <p>Q36: “Maior número de Enfermeiros e Auxiliares. Auxiliares com maior formação.”</p> <p>Q39: “Haver recursos humanos e materiais suficientes e efetivos.”</p> <p>Q65: “Considero, desproporcional o rácio médico-utentes para o rácio enfermeiro-utentes sobretudo na sala de admissão 1... Poderia ser colmatado com o aumento do número de enfermeiros nesta área.”</p> <p>Q75: “Aumento dos recursos humanos de enfermagem e de TAS.”</p> |
| Aprendizagem Organizacional | Necessidade de formação contínua, certificação de competências, | <p>Q14: “Ações de formação e sensibilização para melhoria da segurança dos cuidados!”</p> <p>Q16: “Formação contínua e obrigatória na área temática.”</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>– Melhoria Contínua</p> | <p>simulação de casos clínicos, ações de sensibilização para segurança e melhoria dos processos de cuidado.</p> | <p>Q19: <i>“Simulação/treino de casos clínicos em equipa.”</i> Q36: <i>“Auxiliares com maior formação.”</i> Q76: <i>“Formação disponibilizada pela instituição acerca do tema.”</i></p> |
| <p>Resposta ao Erro</p> | <p>Importância de uma abordagem construtiva e não punitiva aos erros, com supervisão colaborativa e análise de incidentes para melhoria contínua.</p> | <p>Q40: <i>“O rigor só é atingido se houver supervisão (medida que contribui na partilha de conhecimento / experiência entre pares na promoção da segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados). Supervisão que se quer construtiva / colaborativa e não mais vista como forma de fiscalização punitiva ou controle autoritário.”</i></p> |
| <p>Apoio do Supervisor, Gestor ou Liderança Clínica para a Segurança do Doente</p> | <p>Necessidade de maior supervisão clínica, gestão hierárquica eficaz, coadjuvação para enfermeiros gestores, valorização de competências e clareza na cultura organizacional.</p> | <p>Q19: <i>“Supervisão clínica de pares durante a integração no SUMC, Supervisão clínica de pares durante a integração na Sala de Emergência.”</i> Q27: <i>“Aumentar a supervisão dos cuidados, clarificar a cultura organizacional, valorizar a competência profissional e não atribuir cargos aleatoriamente ou por interesses/influências, os gestores não ocuparem dois cargos, haver coadjuvação para o enfermeiro gestor.”</i> Q70: <i>“Melhor gestão hierárquica.”</i></p> |
| <p>Comunicação sobre Erro</p> | <p>Necessidade de <i>feedback</i> sobre notificações de risco, resposta eficaz aos incidentes reportados e incentivo à notificação de erros.</p> | <p>Q16: <i>“Resposta adequada e eficaz às notificações de risco.”</i> Q36: <i>“Existir feedback das notificações de risco e sobretudo ações no sentido de eliminar esse risco.”</i> Q40: <i>“É crucial que haja uma cultura organizacional que incentive a notificação de incidentes permitindo que os erros sejam analisados na busca contínua para a melhoria.”</i></p> |
| <p>Abertura da Comunicação</p> | <p>Escuta ativa dos profissionais, envolvimento nas decisões, maior interação entre administração, chefias e equipas, e reuniões regulares para partilha de ideias.</p> | <p>Q13: <i>“As pessoas que trabalham 24h constantemente neste serviço deveriam ser ouvidas e respeitarem as suas propostas para o serviço. Envolverem estes profissionais nas decisões sobre este serviço.”</i> Q25: <i>“Maior interação entre a administração, chefias com as equipas de trabalho!”</i> Q27: <i>“Aumentar as reuniões com a equipa.”</i> Q36: <i>“Reuniões entre funcionários e chefias de forma individual/pequenos grupos.”</i> Q47: <i>“Auscultarem a opinião dos profissionais e terem em consideração a mesma.”</i></p> |

| | | |
|---|---|--|
| Notificação de Eventos de Segurança do Doente | Incentivo à notificação de incidentes, <i>feedback</i> sobre notificações de risco e ações para eliminar riscos reportados. | <p>Q16: <i>“Resposta adequada e eficaz às notificações de risco.”</i></p> <p>Q36: <i>“Existir feedback das notificações de risco e sobretudo ações no sentido de eliminar esse risco.”</i></p> <p>Q40: <i>“É crucial que haja uma cultura organizacional que incentive a notificação de incidentes permitindo que os erros sejam analisados na busca contínua para a melhoria.”</i></p> |
| Suporte da Gestão do Hospital para a Segurança do Doente | Necessidade de apoio da gestão na alocação de recursos, respeito às dotações seguras, investimento na equipa de urgência e clareza na cultura organizacional. | <p>Q17: <i>“Melhorar recursos humanos e materiais.”</i></p> <p>Q26: <i>“Respeitar as dotações seguras calculadas anualmente. Substituir as baixas do serviço e não colocar os substitutos nos serviços que convém.”</i></p> <p>Q27: <i>“Investir na equipa do serviço de urgência.”</i></p> <p>Q39: <i>“Haver recursos humanos e materiais suficientes e efetivos.”</i></p> |
| Transferências e Troca de Informações | Melhoria na privacidade durante passagens de turno, clareza nas informações trocadas e organização de processos como transportes de doentes. | <p>Q15: <i>“Criar lista com enfermeiros para realizar transportes.”</i></p> <p>Q36: <i>“Maior privacidade nas passagens de turno.”</i></p> |

Análise de conteúdo

P.PORTO

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE



M

MESTRADO

GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES – RAMO: GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE