



LITERACIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DOS CUIDADOS E IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MULTI-PROFESSIONAL GUIDE

Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

Literacia dos Profissionais de Saúde em Segurança do Doente: implementação do *Multiprofessional Guide*

CATARINA SOFIA PAIVA FONSECA GOMES FREITAS AMARAL



Tese de Doutoramento

2024

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
LITERACIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DOS CUIDADOS E IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO
DO MULTI-PROFESSIONAL GUIDE
Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral



FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat ""Literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados e impacto da implementação do Multi-professional Guide", que presenta la Sra. Catarina Sofia Paiva Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral per a l'obtenció del títol de Doctora, ha estat realitzat sota la nostra direcció al Departament d'Infermeria d'aquesta universitat.

Tarragona, 20 de maio de 2024

Els directors de la tesi doctoral

Professor Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Assinado por: **CARLOS ALBERTO DA CRUZ SEQUEIRA**
Num. de Identificação: 09347632
Data: 2024.05.21 20:23:19+01'00'



Professora Doutora Núria Albacar Riobóo

Núria Maria
Albacar Riobóo - Albacar Riobóo - DNI
DNI 40929945L (TCAT)
Data: 2024.05.23
18:03:45 +02'00'

Signat digitalment
per Núria Maria
Albacar Riobóo - DNI
40929945L (TCAT)
Data: 2024.05.23
18:03:45 +02'00'

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
LITERACIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DOS CUIDADOS E IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO
DO MULTI-PROFESSIONAL GUIDE
Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral

Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral

Literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados e impacto da implementação do Multi-professional Guide

TESE DE DOUTORAMENTO

Diretores:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira e

Prof. Doutora Núria Maria Albacar Riobóo

Tutora

Prof. Doutora Carme Ferré Grau

Departamento de Enfermagem



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

Tarragona

2024

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
LITERACIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DOS CUIDADOS E IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO
DO MULTI-PROFESSIONAL GUIDE
Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral

**“ O maior impedimento para a prevenção de erros na indústria médica é que punimos
as pessoas por cometer erros”**

Lucian Leape

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
LITERACIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DOS CUIDADOS E IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO
DO MULTI-PROFESSIONAL GUIDE
Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral

Agradecimentos

Num percurso tão desafiador quanto o doutoramento, são muitas as mãos que moldam o barro da nossa jornada, conferindo-lhe forma, substância e beleza. É com um sentimento de gratidão profunda e carinho que ergo estas palavras em agradecimento àqueles cuja presença foi luz na construção deste caminho.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Carlos Sequeira, Professora Doutora Núria Albacar Riobóo e Professora Doutora Carmen Ferré Grau, cuja sabedoria, paciência e amizade foram faróis que me guiaram nas incertezas e me ajudaram a manter o rumo. A sua generosidade e apoio inabaláveis permitiram-me não só avançar nesta jornada, mas também descobrir forças que desconhecia em mim. A amizade que me dedicaram é um tesouro que guardarei eternamente.

Ao meu marido, companheiro de uma vida, por ser o meu porto seguro, por estar sempre ao meu lado, compartilhando cada desafio e celebrando cada vitória, tornando esta viagem memorável. Aos meus filhos, cujo amor incondicional, paciência e compreensão me deram forças para continuar, mesmo nos momentos mais exigentes. Espero ter-lhes ensinado, com o meu exemplo, que o esforço e a dedicação são sempre recompensados.

Aos meus pais, pilares da minha existência, que me ensinaram os valores fundamentais da vida, inculcando em mim a importância da integridade, do trabalho árduo e da persistência. É a vocês que devo minha formação como ser humano e profissional.

Ao meu irmão, cunhada e sobrinhos, pelo amor, apoio e momentos de descontração que me ajudaram a manter o equilíbrio neste percurso tão exigente.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, por todos os momentos de partilha, incentivo e compreensão.

Às instituições que abriram as suas portas para mim – o Centro Hospitalar Tondela Viseu, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a Universidade Rovira i Virgili –, permitindo-me não apenas encetar, mas também concluir este ciclo com sucesso. Agradeço pela oportunidade de crescimento e aprendizagem.

A todos os participantes dos estudos, cuja colaboração foi essencial para a concretização deste projeto. A vossa disponibilidade e generosidade foram vitais para o alcance dos objetivos propostos.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta etapa da minha vida se realizasse, o meu mais sincero agradecimento. Que as pegadas deixadas neste percurso sejam um reflexo da colaboração, do carinho e do respeito mútuos que experienciei.

Com gratidão,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
LITERACIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DOS CUIDADOS E IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO
DO MULTI-PROFESSIONAL GUIDE
Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral

Índice

PREÂMBULO	V
RESUMO	IX
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XIII
INTRODUÇÃO	15
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	20
1. QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE	20
2. EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO E TREINO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DO DOENTE	24
2.1. <i>Ensino em Saúde e a Segurança do Doente</i>	24
2.2. <i>A formação/qualificação dos Profissionais de Saúde e a Segurança do Doente</i>	28
3. LITERACIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DO DOENTE.....	34
METODOLOGIA	41
ESTUDO 1: SCOPING REVIEW	43
ESTUDO 2: TRADUÇÃO ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO “MULTIPROFESSIONAL GUIDE” DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (KIT TOOL-S2 TEXT)	59
<i>Estudo 2.1 Procedimentos na adaptação da escala “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide”</i>	60
<i>Estudo 2.2 – Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento:</i>	66
ESTUDO 3: LITERACIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DO DOENTE	77
CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	93
DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DO CONHECIMENTO	96
ARTIGOS PUBLICADOS	96
ARTIGOS SUBMETIDOS PARA PUBLICAÇÃO	96
PROTOCOLO REGISTADO	96
PUBLICAÇÃO DE LIVROS / CAPÍTULOS DE LIVROS.....	96
EXPERIÊNCIA COMO FORMADOR NA ÁREA DE ENFERMAGEM, EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE E APOIO SOCIAL.....	97
APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES ORAIS EM EVENTOS CIENTÍFICOS.....	97
APRESENTAÇÃO DE PÓSTERES EM EVENTOS CIENTÍFICOS.....	98
PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS	98
ESTÁGIO INTERNACIONAL.....	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXO 1	I
ANEXO 2	XI
ANEXO 3	XXIX
ANEXO 4	XXXIII
ANEXO 5	XXXIX
ANEXO 6	XLVII
ANEXO 7	LI
ANEXO 8	LVII

Índice de Quadros

Quadro 1 - Estudos que foram identificados a partir da introdução dos descritores	45
Quadro 2 - Tabela resumo de caracterização dos artigos	48
Quadro 3 - Síntese das evidências relativas aos estudos.....	50
Quadro 4 - Medidas de intervenção dos estudos incluídos - Indicadores de cuidados centrados no doente – segurança do doente	54

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Resultados do parecer painel de peritos na primeira avaliação do questionário.....	62
Tabela 2 - Resultados do parecer painel de peritos na primeira avaliação do questionário.....	64
Tabela 3 - Estatísticas e alfa de cronbach	69
Tabela 4 - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda	71
Tabela 5 - Índices de bondade de ajustamento nos diferentes modelos.....	74
Tabela 6 - Fiabilidade compósito variância extraída média e validade discriminante da escala “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide”	75
Tabela 7 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores	75
Tabela 8 - Caracterização profissional	80
Tabela 9 - Caracterização profissional	81
Tabela 10 - Estatísticas descritivas relativas às dimensões do “KIT TOOL-S2 TEXT - Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide”	81
Tabela 11 - Teste de Kruskal-Wallis entre a idade e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados.....	82
Tabela 12 - Testes U de Mann-Whitney entre a profissão, tipo de trabalho, acumular funções, exercer funções de chefia/gestão e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados.....	83
Tabela 13 - Resultados das Correlação de Spearman relacionando o tempo de exercício profissional com a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados	84
Tabela 14 - Teste de Kruskal-Wallis entre a carga horária semanal e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados	84
Tabela 15 - Nível de literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados.....	84

Índice de Figuras

Figura 1 - Esboço do guião e recomendações de conteúdos programáticos e diferentes níveis de especialização para os diferentes grupos alvo	32
Figura 2 - Associação entre os objetivos e estudos realizados	41
Figura 3 - Diagrama com o processo de seleção dos estudos (PRISMA).....	47
Figura 4 - <i>Screen Plot</i>	70
Figura 5 - Modelo inicial com 23 itens.....	72
Figura 6 - Modelo final refinado com itens eliminados.....	73
Figura 7 - Modelo 2ª ordem	74

Preâmbulo

Nesta jornada académica, que culmina com a apresentação da tese intitulada "Literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados e impacto da implementação do Multi-professional Guide", submetida à Universidade Rovira i Virgili, desdobrou-se uma tapeçaria rica em desafios, aprendizagens e inovações. O presente trabalho nasceu de uma curiosidade profunda e de uma vontade incansável de contribuir significativamente para o campo da saúde, com um foco especial na segurança do doente. Esta investigação emergiu num contexto onde a segurança do doente se apresenta não apenas como um imperativo ético, mas também como uma área complexa e multifacetada, exigindo abordagens inovadoras e interdisciplinares para o seu avanço.

O percurso até a conclusão deste trabalho foi marcado por momentos de introspecção profunda e colaboração intensa, refletindo a essência do ambiente académico e profissional onde se insere. A motivação inicial, alimentada por uma observação atenta das realidades vividas tanto por profissionais de saúde quanto por doentes, transformou-se numa questão de investigação robusta, destinada a explorar novos horizontes no domínio da segurança do doente.

A realização desta tese foi possível graças a uma série de encontros fortuitos e alianças estratégicas com figuras proeminentes no campo da saúde, que me guiaram, com a sua sabedoria e experiência, através dos meandros da investigação científica. Este trabalho, portanto, não é somente um testemunho do meu empenho pessoal, mas também um reflexo da generosidade, do apoio e do rigor académico que encontrei ao longo deste caminho.

Numa época em que o mundo enfrentou desafios sem precedentes, devido à pandemia COVID-19, a relevância da segurança do doente e da qualidade dos cuidados de saúde tornou-se ainda mais evidente. A necessidade de adaptação e de respostas rápidas colocou em destaque a importância da flexibilidade e da resiliência dos sistemas de saúde. Este trabalho procura, assim, contribuir para a construção de sistemas de saúde mais seguros, eficazes e centrados no doente, através da geração de conhecimento que suporte práticas baseadas em evidências.

Por fim, é com um sentimento de humildade e gratidão que submeto esta tese à apreciação da comunidade académica, esperando que possa inspirar futuras investigações e práticas no campo da segurança do doente. A segurança do doente, entendida não só como um componente essencial da qualidade dos cuidados de saúde mas como um direito fundamental de todos os doentes, continua a ser um compromisso e uma paixão que guiarão os meus passos futuros.

Lista de siglas, acrónimos e abreviaturas

BVS – Biblioteca Virtual da Saúde
CL - Clareza de linguagem
COVID 19 - *Coronavirus disease 19*
DEP – Departamento
DGS - Direção-Geral de Saúde
DHHS - *Department of Health and Human Services*
DSRM - Pesquisa Design Science
EPI - Equipamentos de proteção individual
et al. – e outros autores
I.P. - *Instituto Público*
IACS's - Infeções associadas aos cuidados de saúde
INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e dos Produtos de Saúde
IOM - *Institute of Medicine*
JBI - *Joanna Briggs Institute*
KW - Kruskal-Wallis Test
LASA - *Look-Alike, Sound-Alike*
M - *Mean*
n – frequência
n.º - Número
NOTIFICA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE - Ordem dos Enfermeiros
OIG - *Office of Inspector General*
OMS – Organização Mundial de Saúde
p – *p-value/significance level*
p. página
PP - Pertinência prática
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
PRISMA - *Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
Q – Questão
RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
RT - Relevância teórica
SAQ - *Safety Attitude Questionnaire*
SNS – Sistema Nacional de Saúde
UMW - *Mann-Whitney U-test*
WHO - *World Health Organization*

RESUMO

Introdução: A segurança dos doentes consiste em minimizar ao máximo o risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde. Um mínimo é a soma das noções de informação o mais atual e baseada em evidências de elevada qualidade, dos recursos disponíveis e do contexto em que os cuidados de saúde prestados são prestados e consequente avaliação em relação aos danos associados. As evidências atuais também revelam que é urgente a inclusão de formação sobre a segurança do doente para os profissionais de saúde em programas de ensino superior, uma vez que não está ao nível necessário.

Objetivos: Mapear a evidência disponível sobre os programas de formação a profissionais de saúde sobre a segurança do doente; adaptar e validar os *Tool Kit-SText questionnaire for post-teaching Student survey, S4 text. Informed consent forms, and request The evaluation Kit of S2 questionnaire*, para profissionais de saúde portugueses, de forma a garantir a sua adequação e validade para uso em Portugal; identificar fatores que possam influenciar a literacia em segurança do doente entre os profissionais de saúde em Portugal, como idade, género, anos de experiência e tipo de instituição de saúde.

Métodos: Esta investigação foi operacionalizada através de três estudos. O primeiro consistiu num protocolo da *scoping review*, segundo a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs* consistiu na própria *scoping review*, que proporcionou um mapeamento da evidência disponível sobre os programas de formação a profissionais de saúde sobre a segurança do doente. Fez-se pesquisa de estudos datados entre janeiro de 2010 a março de 2020, nas bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost - Research Databases; World Health Organization, Google Académico, BVS – Biblioteca Virtual da Saúde, PubMed, B-On, RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. O segundo estudo tratou-se da adaptação e validação do *Tool Kit-SText questionnaire for post-teaching Student survey, S4 text. Informed consent forms, and request The evaluation Kit of S2 questionnaire*, com o objetivo de avaliar a sua literacia em segurança do doente, nomeadamente: tradução adaptação e validação do Questionário de Avaliação da Implementação do “Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde (KIT TOOL-S2 TEXT). A escala foi testada através da validade aparente e de conteúdo. As propriedades psicométricas, foram avaliadas com recurso à consistência interna pelo coeficiente Alpha (α) de Cronbach e validade de construto através da análise fatorial exploratória e confirmatória, validade convergente e validade discriminante; validação de conteúdo do Multiprofessional Guide Kit Tool S2, conduzida através da metodologia e-Delphi modificada. O terceiro estudo consistiu num estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em corte transversal, para avaliar a literacia em segurança do doente por parte dos profissionais de saúde, aferir os conhecimentos adquiridos e identificar possíveis lacunas, através do “Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde.

Resultados: A análise da Scoping Review, que incluiu sete artigos, revelou padrões predominantes na estruturação dos programas de formação em segurança do doente dirigidos a profissionais de saúde. Estes programas variaram significativamente em termos de conteúdo e abordagem, mas comumente enfatizaram a importância de práticas baseadas em evidências, habilidades de comunicação efetiva e gestão de risco. Notavelmente, a maioria dos programas incorporou módulos interativos, como simulações e discussões em grupo, visando reforçar a aplicação prática dos conceitos teóricos. Este

levantamento indicou que, apesar da existência de uma variedade de abordagens educacionais, persistem lacunas significativas na literacia em segurança do doente entre os profissionais, conforme evidenciado pelos estudos quantitativos realizado com 300 profissionais em um centro hospitalar na região central de Portugal. Os resultados deste estudo descritivo-correlacional destacam a prevalência contínua de baixa literacia em segurança, sublinhando a necessidade urgente de reformulação e intensificação dos esforços de formação. A validação dos questionários sobre a implementação do 'Multiprofessional Guide' da OMS e a literacia em segurança dos cuidados confirmou a sua robustez psicométrica. Ambos apresentaram um coeficiente Alpha de Cronbach superior a 0.80, refletindo alta confiabilidade. A análise fatorial confirmou a validade de construto, alinhando as cargas fatoriais com as dimensões teóricas esperadas. Esses resultados demonstram a eficácia dos instrumentos na medição precisa da literacia em segurança do doente, essenciais para o desenvolvimento de estratégias de formação contínua.

Conclusão: Os resultados deste estudo confirmam a eficácia de programas e questionários como o 'Multiprofessional Guide' da OMS na promoção da segurança do doente. No entanto, a persistência de baixa literacia em segurança entre os profissionais de saúde indica uma necessidade crítica de implementar programas específicos que visem este déficit. Tais iniciativas são essenciais para melhorar a competência dos profissionais na gestão de riscos e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

RESUMEN

Introducción: La seguridad del paciente consiste en minimizar al máximo el riesgo de daños innecesarios asociados a la atención sanitaria. Un mínimo es la suma de las nociones de información lo más actual y basada en evidencias de alta calidad, de los recursos disponibles y del contexto en que se prestan los cuidados de salud y la consiguiente evaluación en relación con los daños asociados. Las evidencias actuales también revelan que es urgente la inclusión de formación sobre la seguridad del paciente para los profesionales de salud en programas de enseñanza superior, ya que no está al nivel necesario.

Objetivos: Mapear la evidencia disponible sobre los programas de formación para profesionales de salud en cuanto a la seguridad del paciente; adaptar y validar *Tool Kit- SText questionnaire for post -teaching Student survey, S4 text. Informed consent forms, and request The evaluation Kit of S2 questionnaire*, para profesionales de salud portugueses, de forma a garantizar su adecuación y validez para uso en Portugal; identificar factores que puedan influir en la alfabetización en seguridad del paciente entre los profesionales de salud en Portugal, como la edad, género, años de experiencia y tipo de institución de salud.

Métodos: Esta investigación se operacionalizó a través de tres estudios. El primero consistió en un protocolo de scoping review, según la metodología propuesta por Joanna Briggs, que proporcionó un mapeo de la evidencia disponible sobre los programas de formación a profesionales de salud sobre la seguridad del paciente. Se realizó una búsqueda de estudios fechados entre enero de 2010 y marzo de 2020, en las bases de datos: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost - Research Databases; World Health Organization, Google Académico, BVS – Biblioteca Virtual de la Salud, PubMed, B-On, RCAAP - Repositorios Científicos de Acceso Abierto de Portugal. El segundo estudio se trató de la adaptación y validación de *Tool Kit-SText questionnaire for post -teaching Student survey, S4 text. Informed consent forms, and request The evaluation Kit of S2 questionnaire*, con el objetivo de evaluar su alfabetización en seguridad del paciente, específicamente: traducción, adaptación y validación del Cuestionario de Evaluación de la Implementación del “Multiprofessional Guide” de la Organización Mundial de la Salud (KIT TOOL-S2 TEXT). La escala fue probada a través de la validez aparente y de contenido. Las propiedades psicométricas fueron evaluadas con recurso a la consistencia interna por el coeficiente Alpha (α) de Cronbach y validez de constructo a través del análisis factorial exploratorio y confirmatorio, validez convergente y validez discriminante; validación de contenido del Multiprofessional Guide Kit Tool S2, conducida a través de la metodología e-Delphi modificada. El tercer estudio consistió en un estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional, en cohorte transversal, para evaluar la alfabetización en seguridad del paciente por parte de los profesionales de salud, aferir los conocimientos adquiridos e identificar posibles lagunas, a través del “Cuestionario de Evaluación de la Implementación del Multiprofessional Guide” de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados: El análisis de la Scoping Review, que incluyó siete artículos, reveló patrones predominantes en la estructuración de los programas de formación en seguridad del paciente dirigidos a profesionales de salud. Estos programas variaron significativamente en términos de contenido y enfoque, pero comúnmente enfatizaron la importancia de prácticas basadas en evidencias, habilidades de comunicación efectiva y gestión de riesgo. Notablemente, la mayoría de los programas incorporó módulos interactivos, como simulaciones y discusiones en grupo, con el objetivo de reforzar la aplicación práctica de

los conceptos teóricos. Este levantamiento indicó que, a pesar de la existencia de una variedad de enfoques educativos, persisten lagunas significativas en la alfabetización en seguridad del paciente entre los profesionales, conforme evidenciado por los estudios cuantitativos realizados con 300 profesionales en un centro hospitalario en la región central de Portugal. Los resultados de este estudio descriptivo-correlacional destacan la prevalencia continua de baja alfabetización en seguridad, subrayando la necesidad urgente de reformulación e intensificación de los esfuerzos de formación. La validación de los cuestionarios sobre la implementación del 'Multiprofessional Guide' de la OMS y la alfabetización en seguridad de los cuidados confirmó su robustez psicométrica. Ambos presentaron un coeficiente Alpha de Cronbach superior a 0.80, reflejando alta confiabilidad. El análisis factorial confirmó la validez de constructo, alineando las cargas factoriales con las dimensiones teóricas esperadas. Estos resultados demuestran la eficacia de los instrumentos en la medición precisa de la alfabetización en seguridad del paciente, esenciales para el desarrollo de estrategias de formación continua.

Conclusión: Los resultados de este estudio confirman la eficacia de programas y cuestionarios como el 'Multiprofessional Guide' de la OMS en la promoción de la seguridad del paciente. No obstante, la persistencia de baja alfabetización en seguridad entre los profesionales de salud indica una necesidad crítica de implementar programas específicos que apunten este déficit. Tales iniciativas son esenciales para mejorar la competencia de los profesionales en la gestión de riesgos y, consecuentemente, la calidad de los cuidados prestados a los pacientes.

ABSTRACT

Introduction: Patient safety consists of minimizing the risk of unnecessary harm associated with healthcare as much as possible. The minimum is the sum of the notions of the most current and high-quality evidence-based information, the available resources, and the context in which healthcare services are provided, followed by a subsequent evaluation in relation to associated harms. Current evidence also reveals the urgent need to include patient safety training for healthcare professionals in higher education programs, as it is not at the required level.

Objectives: Map the available evidence on training programs for healthcare professionals regarding patient safety; to adapt and validate *Tool Kit-S2Text questionnaire for post-teaching Student survey, S4 text. Informed consent forms, and request The evaluation Kit of S2 questionnaire*, for Portuguese healthcare professionals, to ensure their suitability and validity for use in Portugal; to identify factors that may influence patient safety literacy among healthcare professionals in Portugal, such as age, gender, years of experience, and type of healthcare institution.

Methods: This research was operationalized through three studies. The first consisted of a scoping review protocol, following the methodology proposed by Joanna Briggs, which provided a mapping of the available evidence on training programs for healthcare professionals on patient safety. A search for studies dated between January 2010 and March 2020 was conducted in the databases: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost - Research Databases; World Health Organization, Google Scholar, BVS – Virtual Health Library, PubMed, B-On, RCAAP - Open Access Scientific Repositories of Portugal. The second study was the adaptation and validation of *Tool Kit-S2Text questionnaire for post-teaching Student survey, S4 text. Informed consent forms, and request The evaluation Kit of S2 questionnaire*, aiming to assess their literacy in patient safety, specifically: translation, adaptation, and validation of the Evaluation Questionnaire of the Implementation of the “Multiprofessional Guide” from the World Health Organization (KIT TOOL-S2 TEXT). The scale was tested through face and content validity. The psychometric properties were assessed using internal consistency by Cronbach's Alpha (α) coefficient and construct validity through exploratory and confirmatory factor analysis, convergent validity, and discriminant validity; content validation of the Multiprofessional Guide Kit Tool S2, conducted through the modified e-Delphi methodology. The third study consisted of a quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional cohort study, to assess patient safety literacy among healthcare professionals, gauge the acquired knowledge, and identify potential gaps, through the “Evaluation Questionnaire of the Implementation of the Multiprofessional Guide” from the World Health Organization.

Results: The analysis of the Scoping Review, which included seven articles, revealed predominant patterns in the structuring of training programs in patient safety aimed at healthcare professionals. These programs varied significantly in terms of content and approach, but commonly emphasized the importance of evidence-based practices, effective communication skills, and risk management. Notably, most programs incorporated interactive modules, such as simulations and group discussions, aimed at reinforcing the practical application of theoretical concepts. This survey indicated that, despite the existence of a variety of educational approaches, significant gaps in patient safety literacy among professionals persist, as evidenced by the quantitative studies conducted with 300 professionals at a central hospital in Portugal. The results of this

descriptive-correlational study highlight the ongoing prevalence of low safety literacy, underscoring the urgent need for reformulation and intensification of training efforts. The validation of the questionnaires on the implementation of the 'Multiprofessional Guide' from WHO and the literacy in care safety confirmed their psychometric robustness. Both presented a Cronbach's Alpha coefficient greater than 0.80, reflecting high reliability. The factor analysis confirmed the construct validity, aligning the factor loadings with the expected theoretical dimensions. These results demonstrate the effectiveness of the instruments in accurately measuring patient safety literacy, essential for the development of continuous training strategies.

Conclusion: The results of this study confirm the effectiveness of programs and questionnaires like the 'Multiprofessional Guide' from WHO in promoting patient safety. However, the persistence of low safety literacy among healthcare professionals indicates a critical need to implement specific programs targeting this deficit. Such initiatives are essential for improving professionals' competence in risk management and, consequently, the quality of care provided to patients.

Introdução

A literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente é um aspeto fundamental no domínio da saúde, que visa promover a compreensão e a consciencialização dos profissionais acerca das práticas e medidas necessárias para garantir o bem-estar dos doentes. Neste trabalho, iremos explorar a importância da literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente, abordando tanto os desafios como as estratégias para melhorar a capacidade dos indivíduos em tomar decisões informadas e participar de forma eficaz no cuidado da sua própria saúde (WHO, 2021). A análise de diferentes abordagens e experiências bem-sucedidas servirá como base para uma discussão aprofundada acerca do papel dos profissionais de saúde, das instituições e das políticas públicas na promoção de uma cultura de segurança do doente, contribuindo, assim, para a melhoria dos padrões de atendimento e a diminuição de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde (Slawomirski et al, 2017).

Os determinantes ambientais da saúde e da doença são omnipresentes e fazem parte integrante das componentes de avaliação, diagnóstico, intervenção, planeamento e avaliação da prática de enfermagem. Embora nem todas as doenças tenham uma etiologia ambiental, muitas poderão decorrer de um problema de saúde relacionado com a segurança do doente para o qual a avaliação é apropriada em termos de boas práticas de saúde e, no caso concreto, na prática de enfermagem. Adotando uma abordagem proativa, os enfermeiros podem iniciar ações preventivas para reduzir os riscos associados à falta de segurança do doente.

Os sistemas de segurança nas organizações de saúde procuram prevenir danos aos doentes, às suas famílias e aos profissionais de saúde e muitas outras pessoas cujas atividades os trazem para um ambiente de cuidados de saúde. A segurança é um indicador da qualidade, que inclui não só precaver danos evitáveis, mas também disponibilizar cuidados adequados, prestando serviços eficazes àqueles que deles poderiam beneficiar e não prestando serviços ineficazes ou prejudiciais.

Em 2000, o *Institute of Medicine* (IOM) publicou *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Este relatório lançou um enfoque mundial na segurança dos doentes. As duas décadas seguintes assistiram a duas grandes tendências, deteção e prevenção, ou seja, sistemas melhorados de deteção de danos associados aos cuidados, a par de progressos reais na redução da frequência de tais danos.

Em primeiro lugar, os sistemas de deteção de danos associados aos cuidados de saúde melhoraram ao longo do tempo. As suas taxas participadas aumentaram de forma constante. Por exemplo, os dois principais estudos citados em *To Err Is Human*, que colocaram a mortalidade associada a cuidados entre 44.000 e 98.000 mortes evitáveis todos os anos, estimaram que 2,9% (Thomas et al., 2000) e 3,7% (Brennan et al., 1991), respetivamente, de todos os doentes hospitalizados sofreram pelo menos um dano associado aos cuidados durante a sua estadia hospitalar. Até 2011, métodos de deteção de eventos mais sensíveis recentemente desenvolvidos descobriram que 33,2% de todos os doentes sofreram pelo menos um dano significativo associado aos cuidados durante a sua hospitalização (Classen et al., 2011). Em maio de 2022, ao avaliar os registos clínicos dos doentes hospitalizados durante outubro de 2018, o *Department of Health and Human Services* (DHHS) e o *Office of Inspector General* (OIG) registaram, independentemente, que 25% dos doentes internados no *Medicare* tinham sofrido danos associados aos cuidados de saúde (eventos adversos e/ou eventos de danos temporários) durante o seu internamento hospitalar (Grimm, 2021). Mais recentemente, a nível mundial, num cenário

de sistemas de saúde frágeis, a onda esmagadora da pandemia por COVID-19 foi um teste de stresse para os sistemas de prestação de cuidados de saúde. Nesse cenário, a segurança do doente representou ainda mais uma preocupação (Galvin, 2021). A segurança dos doentes nos hospitais e sistemas de saúde pode ser assegurada de várias maneiras, uma das quais é assegurar um controlo adequado das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS's). No período pré-pandémico, apenas os profissionais de saúde estavam preocupados com questões de controlo de IACS's, não era uma preocupação para a maioria dos doentes. Contudo, a pandemia ensinou muito a todos – o distanciamento social, uso de equipamentos de proteção individual (EPI), frequente higienização das mãos, entre outros exemplos. Muito naturalmente, os doentes estão agora mais preocupados com a sua segurança nas instituições de saúde.

A segurança do doente é o produto de muitas partes inter-relacionadas do sistema de saúde que mudam com o tempo, pelo que os esforços para melhorar a segurança também precisam de evoluir e modernizar-se para prevenir os riscos emergentes. Uma mudança importante é que os registos e a infraestrutura de dados necessários, para apoiar as melhorias e a avaliação da segurança, são cada vez mais facilitados por ou dependentes das tecnologias digitais. Continuar a reduzir os danos e salvar vidas requer um olhar mais atento (Flott et al., 2021).

Pelo exposto, pode dizer-se que a importância da segurança dos doentes está a crescer a nível global e todos os dias os profissionais de saúde enfrentam vários desafios na forma de prestar cuidados seguros aos seus doentes. As competências de segurança dos doentes são uma das principais ferramentas para garantir uma prática segura, o que requer indiscutivelmente que os profissionais de saúde tenham literacia na área.

Mais recentemente, o conceito de competências de segurança, ou seja, competências e comportamentos que aumentam a prestação segura de cuidados de saúde, surgiu na literatura. As competências de segurança incluem competências não técnicas, tais como liderança, trabalho de equipa, comunicação, cooperação, consciência da situação e tomada de decisões, para além destas, devem incluir outros comportamentos e atributos, tais como consciência, vigilância e humildade. É importante notar que estas competências foram reconhecidas como cruciais para a segurança dos doentes e como altamente treináveis. As competências não técnicas apoiam as competências técnicas dos profissionais de saúde (Brasaité et al., 2016).

A maioria dos especialistas da área concorda que um esforço concertado do sistema de saúde pública, do sistema educativo, dos meios de comunicação e dos consumidores de cuidados de saúde é urgentemente necessário para melhorar a literacia em segurança do doente a nacional. Se esta “correção” não acontecer, o relatório da OIM sugere que as tentativas para melhorar a qualidade dos cuidados, reduzir os erros médicos, diminuir os custos dos cuidados de saúde e reduzir as disparidades pronunciadas podem falhar. Apesar do crescente interesse na literacia em saúde, tem de se apostar mais na investigação em torno da literacia dos profissionais de saúde sobre a segurança dos doentes.

O movimento de segurança dos doentes contribuiu para a redução de eventos adversos evitáveis associados aos cuidados de saúde. Embora as questões de segurança dos doentes tenham recebido a atenção nos estudos de cuidados de saúde, há provas de que, na formação dos profissionais de saúde e nos currículos associados, não está bem incorporado, o que pode permitir que estes não adquiram conhecimentos científicos e não desenvolvam fortes competências para garantir a segurança dos doentes ao longo da sua vida profissional (Dimitriadou et al., 2021).

A segurança do doente é o resultado tanto da eficácia do sistema de saúde como da conceção do desempenho individual de cada profissional de saúde para minimizar o risco

de danos para os doentes devido aos cuidados que se destina a ajudá-los, o que engloba uma mudança de posição de pensar a segurança do doente como uma questão técnica ao nível da posição dos fatores relacionados com o sistema e o envolvimento dos profissionais de saúde (Ginsburg et al., 2012).

Os profissionais da saúde constituem-se como agentes fundamentais no processo de melhoria da segurança do doente e ao nível da qualidade do cuidado. Para tal, devem possuir literacia, “competências e habilidades para identificação precoce de falhas, visando preveni-las ou revertê-las quando necessário e, dessa forma, promover mudança na cultura de segurança das organizações em que estão inseridos” (Abreu et al., 2022, p. 2). Os mesmos autores consideram, assim, que a formação em segurança do doente, a nível curricular e em serviço, é uma recomendação categórica, uma vez que todos os profissionais de saúde necessitam de ter mais literacia na área, pois os mesmos desempenham um papel primordial na prevenção de danos associados aos cuidados de saúde. É, desta feita, elementar o treino em serviço, com destaque para a formação contínua em segurança do doente, como estratégia de envolver ainda mais os profissionais de saúde, com o objetivo *major* de “identificar os possíveis riscos e antecipar estratégias para minimização da ocorrência de incidentes” (Abreu et al., 2022, p. 2).

A literacia em segurança do doente constituiu-se como um instrumento essencial para a prestação de cuidados de excelência, eficácia e segurança, bem como se assume como benéfica para o “desenvolvimento da capacidade crítica, da atitude e da prática profissional, levando ao planeamento e implementação de estratégias assistenciais capazes de garantir a promoção da saúde e a prevenção de condições evitáveis” (Abreu et al., 2022, p. 2).

Tendo-se consciência que um grande número de doentes sofre danos durante a hospitalização em resultado de uma série de erros e eventos adversos, o nível de literacia e atitude dos profissionais de saúde face à segurança dos doentes tem um grande impacto na prestação de cuidados seguros que lhes são concedidos (Biresaw et al., 2020). É consensual que os eventos adversos que ocorrem durante a prestação de cuidados de saúde são as principais causas de morbilidade e mortalidade, o que reforça o importante papel da prestação de cuidados de saúde qualificados e seguros no mundo (Ghahramanian et al., 2017; Gizaw et al., 2018; Biresaw et al., 2020; Abreu et al., 2022). A segurança do doente deve ser uma prioridade essencial dos profissionais de saúde e estes devem possuir um nível mais elevado de literacia na área para identificar melhor, descontinuar e corrigir erros e salvaguardar os doentes (Safarpour et al., 2017). Vários fatores de base, incluindo a idade, o sexo, o nível de formação, a informação prévia sobre a segurança do doente, a experiência de trabalho, a unidade de trabalho, a categoria profissional, o tipo de trabalho e as horas de trabalho semanais tendem a associar-se ao nível de literacia em segurança do doente e às atitudes dos profissionais de saúde (Alonazi et al., 2016; Brasaitte et al., 2016; Safarpour et al., 2017; Oliveira et al., 2017). Foi constatada também uma associação significativa entre a literacia em segurança do doente, a atitude dos profissionais de saúde e características como as funções desempenhadas foram também associadas à disponibilidade de formação em segurança dos doentes (Ongun & Intepeler, 2017). De acordo com a resolução da OMS (2012), diferentes países são obrigados a monitorizar, reforçar e avaliar a cultura de segurança dos doentes e a desenvolver uma cultura de segurança entre os profissionais de saúde, o que passa por potenciar mais literacia na área.

Em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o documento "Zero Danos: um compromisso para a segurança do doente em todo o mundo", sublinhando a importância da educação e formação na promoção da segurança do doente no sector da saúde. Este documento realça a necessidade de uma cultura global de segurança, através de medidas preventivas, monitorização e aprendizagem contínua. A OMS defende a oferta de

educação e formação a todos os profissionais de saúde, e sugere medidas como políticas e estratégias específicas, práticas baseadas em evidências, envolvimento dos doentes nos cuidados e promoção de transparência e responsabilidade. A monitorização e reporte de eventos adversos são essenciais para a melhoria contínua dos sistemas de saúde a nível mundial (WHO, 2021).

A lei determina que, entre outros, as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Também o sistema nacional de saúde, na sua atuação, deve ser pautado por vários princípios, sendo um deles o da qualidade, com base na evidência, realizados de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa (Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, despacho n.º 9390/2021, p. 96). Como preconizado, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, tem de se “dar a devida e atual relevância à qualidade e à segurança na saúde, no sistema de saúde, nomeadamente, no SNS”, atendendo a que a “ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos”. Assim sendo, tem de se dar mais visibilidade à “implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde” (Despacho n.º 9390/2021, p. 96). Ainda de acordo com o mesmo documento legal, o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial de Saúde reforça a imprescindibilidade de se evidenciar, “na agenda das políticas de saúde, a importância da segurança do doente, pretendendo assumir o princípio orientador de todos os planos nacionais, desenvolvidos e a desenvolver neste âmbito” (Despacho n.º 9390/2021, p. 97).

Neste contexto, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, em Portugal, tem fomentado, ao longo dos anos, a segurança do doente no SNS, com eixos estratégicos para se alcançar melhorias em questões concretas, entre as quais a cultura de segurança, a segurança da medicação, entre outras. Em paralelo, a Direção-Geral de Saúde (DGS), ao reconhecer a relevância da notificação de incidentes de segurança, criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), que se juntou ao Sistema Nacional de Farmacovigilância, do INFARMED, I. P. (Despacho n.º 9390/2021, p. 97).

O Plano Nacional português para a Segurança dos Doentes 2021-2026 reforça as práticas seguras em ambientes seguros, assente em objetivos estratégicos, como “Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde”, cujas ações, entre outras, recai na “segurança da medicação e reconciliação terapêutica”. Assenta em cinco pilares que incorporam catorze objetivos estratégicos sendo a adoção de práticas seguras respeitante aos medicamentos *Look-Alike*, *Sound-Alike* (LASA) uma parte essencial para o sucesso do pilar denominado cultura de segurança (Ministério da Saúde, 2022).

A segurança do doente é globalmente vista como uma área com várias lacunas ao nível do conhecimento por parte dos profissionais de saúde, tendo sido expressa pela Organização Mundial de Saúde, em 2009, a necessidade de mais conhecimento para melhorar a segurança dos doentes e para reduzir os danos. Um erro, como define a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2011, p. 15), consiste na “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano”. Os erros podem expressar-se numa “prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento, quer na fase de execução”.

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, assumiu-se como indispensável a necessidade de enriquecer o corpo de conhecimentos de Enfermagem no domínio da

segurança do doente. Segundo a Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, no seu Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho de 2022, no seu Preâmbulo (p. 169)

“Enquanto disciplina, a evolução da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ela associadas têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a que corresponde um corpo científico próprio e autónomo, contribuindo para que, também na prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde, tenham um maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades”.

Assim sendo, e em conformidade com o mesmo organismo supracitado,

“enfermagem enquanto profissão tem evoluído no sentido de responder às progressivas necessidades de cuidados e dos diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexificação crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista e enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde” (OE, Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho de 2022, Preâmbulo, 169).

A prática baseada em evidências é amplamente reconhecida na atualidade como a chave para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e os resultados dos doentes. Assim, esta tese de Doutoramento tem como propósito *major* a realização de investigação para gerar novos conhecimentos e contribuir para a prática de enfermagem baseada na evidência, ou seja, utilizar a melhor evidência como base da prática de enfermagem, o que se traduz eficazmente na evidência em prática. Claramente, a evidência da investigação (inovação eficaz) deve ser acompanhada de uma implementação eficaz e de um contexto propício para alcançar resultados significativos. Neste sentido, apresentam-se os objetivos delineados: (i) Mapear a evidência acerca dos programas de formação sobre segurança do doente destinados aos profissionais de saúde; (ii) Realizar um estudo de tradução adaptação e validação do Questionário de Avaliação da Implementação do “Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde (KIT TOOL-S2 TEXT); (iii) Avaliar o nível de literacia dos profissionais de saúde de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal em segurança do doente, tendo-se delimitado como objetivos específicos saber que variáveis sociodemográficas e profissionais interferem na literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados, tendo em conta as seguintes dimensões: “Erro e segurança do doente”, “Segurança do Sistema de Saúde”, “Influência Pessoal sobre Segurança”, “Atitudes “Pessoais para a Segurança do Doente”.

A presente tese de Doutoramento foi elaborada em formato monográfico, no âmbito do Programa de Doctorat en Infermeria i Salut da Universidade de Rovira i Virgili, tendo iniciado em 2017/2018, cujo relatório concernente ao mesmo teve o seu *terminus* em 2024. A tese apresenta inicialmente os objetivos da investigação, seguidos dos métodos utilizados.

Inicialmente apresentam-se os objetivos da investigação e os procedimentos utilizados. Segue-se a apresentação dos estudos, dos quais um já está publicado em revista científica, estando os dois últimos em revisão para publicação. Apresentam-se os estudos em conformidade com as várias etapas percorridas ao longo do processo de investigação. Por fim, apresentam-se as conclusões mais relevantes, as limitações, implicações para a prática e tecem-se recomendações para investigações futuras no âmbito da literacia em segurança do doente por parte dos profissionais de saúde.

Enquadramento Conceptual

1. Qualidade e segurança do doente

A maioria das definições atuais de qualidade e segurança dos doentes são baseadas no trabalho efetuado pelo *Institute of Medicine* (IOM) nas décadas de 1990 e 2000. Em 1990, o IOM publicou um relatório sobre qualidade para o programa *Medicare*, em resposta à legislação que pedia ao IOM para oferecer um plano abrangente para garantir a qualidade dos idosos (IOM, 2019). O relatório cuidados médicos para os O relatório incluía a primeira definição do IOM de qualidade dos cuidados como o grau em que os serviços de saúde para aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Esta definição abordava intencionalmente serviços de saúde em geral, em vez de cuidados médicos especificamente, e populações para além de indivíduos (*Institute of Medicine*, 2019). Este relatório reconheceu que o programa de garantia de qualidade existente na *Medicare* estava centrado no controlo da utilização e nos custos e focado em eventos adversos individuais e na abordagem de prestadores de serviços que apresentavam um mau desempenho, em vez de se centrar na qualidade ou na melhoria da prática quotidiana média. Esta abordagem regulamentar, reativa e punitiva descrevia provavelmente muito do que constituía a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde antes da década de 1990 (Lohr & Schroeder, 1990).

O IOM continuou o seu trabalho nesta área e, em 2000 e 2001, respetivamente, publicou os relatórios de referência *To Err is Human* e *Crossing the Quality Chasm*, amplamente creditados, que lançaram a era moderna da qualidade e da segurança nos cuidados de saúde. Estes relatórios descreviam os problemas e as lacunas existentes na qualidade e segurança dos cuidados de saúde e conduziram a mudanças em grande escala no sistema de saúde. O relatório do IOM representou uma mudança fundamental na abordagem dos erros, danos e qualidade nos cuidados de saúde. Historicamente, os eventos adversos e os erros nos cuidados de saúde eram atribuídos a indivíduos e a erros, os esforços de segurança centraram-se em motivar os profissionais de saúde a terem um melhor desempenho. O relatório IOM sublinhou que, em primeiro lugar, os erros e os danos eram muito mais comuns e, em segundo lugar, que muitos desses erros podem ser atribuídos a defeitos na conceção de sistemas e processos de sistemas e processos, em vez de erros de profissionais de saúde individuais.

O conceito de qualidade em saúde, em geral, é abstrato e subjetivo. Donabedian (1988), citada por Richard e Febres-Ramos (2020, p. 398) define qualidade em saúde como “a capacidade dos serviços de saúde em fornecer os maiores benefícios com o mínimo de riscos para o utente, dependendo dos recursos disponíveis e dos valores sociais prevalentes”. A abordagem de Donabedian para descrever e avaliar a qualidade dos cuidados tem sido amplamente aceite e é possivelmente um dos poucos pontos de consenso neste domínio (Ayanian & Markel, 2016). No seu artigo de referência de 1966 *Evaluating the quality of medical care*, Donabedian baseou-se no conceito de *input-process-output* utilizado na produção industrial para propor a sua estrutura: processo e resultado para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Definiu “estrutura” (ou *input*) como os atributos do contexto em que os cuidados são prestados. Inclui todos os recursos necessários para a prestação de cuidados de saúde, tais como recursos materiais (instalações, capital, equipamento, medicamentos, entre outros), recursos intelectuais (conhecimentos médicos, sistemas de informação) e recursos humanos (profissionais de

saúde). O “processo” designa as componentes dos cuidados prestados, englobando a utilização dos recursos em termos do que é feito para prestar e receber cuidados, divididos em processos relacionados com os utentes (padrões de prescrição, taxas de intervenção, taxas de referenciação, entre outros) e aspetos organizacionais (fornecimento de medicamentos, gestão das listas de espera, pagamento do pessoal de saúde, recolha de fundos, entre outros). Por último, o termo “resultado” descreve os efeitos dos cuidados de saúde sobre o estado de saúde dos doentes e das populações. Donabedian distingue entre os resultados finais, como a mortalidade, a morbilidade, a incapacidade ou a qualidade de vida, e os resultados intermédios, por exemplo, a tensão arterial, o peso corporal, o bem-estar pessoal, a capacidade funcional, a capacidade de lidar com a situação e a melhoria dos conhecimentos (Donabedian 1988).

A prestação de cuidados é complexa interagindo vários intervenientes e agentes (prestadores de cuidados, gestores e doentes) que assumem a qualidade sob diferentes perspetivas de acordo com as suas necessidades, expectativas e interesses. O desenvolvimento de uma cultura de segurança torna-se assim uma prioridade. A prestação de cuidados de saúde de qualidade e a segurança do doente estão fortemente relacionadas sendo esta última encarada como uma componente da qualidade em saúde visando a diminuição dos danos desnecessários e preveníveis. A questão da qualidade tem percorrido a história e é um conceito em constante evolução. Já Florence Nightingale em 1850 se preocupava em garantir a qualidade procurando através de registos daquilo que observava, avaliar o nível de cuidados prestados no sentido de os melhorar. A JCAHO (Sousa, 2006, p.310) define qualidade em saúde como “o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados”. Atualmente, os doentes apresentam um perfil mais informado, mais conhecedor dos problemas de saúde que lhes dizem respeito e exigem mais e melhores cuidados. Cada vez mais a qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um *standard* abstrato mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas (Fragata & Martins, 2004, p.18).

Na Carta de Tallinn aprovada em 27 de junho de 2008 pelos Estados-Membros da Região Europeia da OMS, podemos ler: Os doentes querem ter acesso a cuidados de qualidade, e a que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.59). A estratégia nacional para a qualidade em saúde criada pelo despacho da ministra a 8 de junho de 2009 (nº 14223/2009) contribuiu decisivamente para uma filosofia de melhoria contínua da qualidade, processando-se o desenvolvimento de normas e orientações clínicas, indicadores nacionais de qualidade, a notificação de eventos adversos, a criação do observatório da segurança do doente, entre outras medidas (Costa, 2013).

Dado que a qualidade em saúde e a segurança do doente são um binómio indissociável, torna-se fundamental que os processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvidos pelas instituições prestadoras de cuidados de saúde contemplem a questão da cultura de segurança. Neste âmbito, Carneiro (2010) refere que o papel da segurança do doente na área da qualidade constitui uma prioridade em todos os sistemas de saúde interessados na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Nas últimas décadas, a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde tornaram-se termos correntes. As organizações de cuidados de saúde e os sistemas de saúde adotaram programas robustos para melhorar a segurança dos doentes e a qualidade

dos cuidados e as instituições têm papéis formais para líderes e profissionais de saúde que trabalham nestes domínios. Em termos genéricos, a segurança dos doentes refere-se a como evitar lesões e danos e a qualidade como a obtenção dos melhores resultados possíveis. Esta abordagem sugere que diferentes fatores podem determinar a segurança do doente e que a melhoria de cada um deles pode exigir abordagens diferentes. Noutras abordagens, a segurança dos doentes e a qualidade são consideradas interligadas e, em grande medida, sinónimas; ambas são impulsionadas pelos sistemas de cuidados e para as alcançar será necessário um compromisso organizacional para o desenvolvimento de uma cultura baseada na aprendizagem e na melhoria (Gupta et al., 2019). A segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde tornaram-se componentes fundamentais dos sistemas de saúde que têm vindo a desenvolver programas e estruturas robustos empenhados em melhorar os resultados através de métodos rigorosos de melhoria da qualidade. A segurança dos doentes é considerada como um dos múltiplos domínios da qualidade, sendo, assim, um sinónimo de qualidade (Gupta et al., 2019).

“Para evitar o erro é necessário implementar uma cultura de segurança, isto é, uma cultura de gestão do imprevisto, das oscilações, dos incidentes e das relações interpessoais e, onde a preocupação com o erro deve estar sempre presente decorrente da complexidade dos procedimentos clínicos” (Garcia, 2015, p. 46). A prevenção do erro é, para Fragata e Martins (2008), uma estratégia na gestão do risco, afirmando os autores que é possível a sua prevenção. Para que tal suceda, é necessário atuar a nível superior, nos circuitos e sistemas seguros, e ao nível clínico e da prática individual, através do desenvolvimento de uma cultura de notificação voluntária de eventos adversos, por um sistema de declaração obrigatório de eventos e pela realização de auditorias periódicas. No entanto, por paradoxal que pareça, Fragata (2014, p. 159) certifica que “(...) só se poderia aprender a não falhar, falhando.” O autor explica isto, baseando-se em Sitkin que entende a falha como fundamento para uma efetiva aprendizagem e adaptação organizacional – a aprendizagem e a adaptação à mudança são potenciadas quando se incentiva a experiência de novas alternativas e posicionamentos. Se isto acontecesse, “(...) as falhas assumiriam um potencial estratégico para a organização”. Fragata (2014) desenvolve esta ideia baseando-se em Cannnon, demonstrando que aprender com as falhas e incidentes é central, apesar de existirem fortes barreiras psicológicas e institucionais. Estas barreiras a nível individual, organizacional e de grupo entendem-se quando:

- A nível individual é fundamental a autoestima e a perceção da eficácia pessoal, pelo que as pessoas só se envolvem (mesmo que inconscientemente) em atividades que lhes permita ter sucesso;
- O senso comum valoriza o sucesso (porque lhe estão associadas recompensas, por um lado, e, por outro, porque incentiva à persistência no mesmo caminho, aumentando a eficiência) como um valor central na gestão;
- Ao aumentar a segurança, o sucesso tem como inconveniente, poder ser a causa maior do erro (ao transmitir a convicção de que não são necessárias ações corretivas), na medida em que é difícil mudar quando se tem sucesso!
- “A ação é mais saliente que a ausência de ação” (Fragata, 2014, p. 159). O autor refere que são mais facilmente punidos os erros que resultam de ações incorretas do que os que surgem por evitamento da ação.

Face ao exposto, a melhoria da qualidade está dependente do nível de envolvimento e compromisso que possa existir entre gestores e os profissionais de saúde quando aqueles pretendem introduzir novas estratégias para a qualidade; por outro lado, os profissionais de saúde terão que reconhecer as necessidades e as expectativas dos utilizadores, pois estes influenciam as políticas de qualidade (Aranaz, 2008).

A segurança do doente é uma condição primária e indispensável para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, pois previne erros durante a prestação de cuidados de saúde, protege o doente de potenciais danos e elimina possíveis erros (Aktaş, 2015; Rizalar & Topcu, 2017). A cultura organizacional dos hospitais deve basear-se na garantia da segurança dos doentes. As equipas de gestão hospitalar que estão focadas numa cultura de segurança dos doentes devem proporcionar um ambiente de comunicação baseado na confiança mútua, um bom fluxo de informação, uma perceção comum da importância da segurança, da gestão e da liderança, bem como uma abordagem não repressiva à comunicação de incidentes e erros (Karaca et al., 2022).

Em suma, os cuidados de saúde atuais são caracterizados por duas forças dominantes: mudança constante e complexidade crescente. A emergência deste paradigma moderno remonta a cerca de 20-30 anos atrás, quando a consciência do impacto dos erros médicos em todo o sistema nos resultados dos doentes e nos custos dos cuidados de saúde se tornou evidente. Com esta tomada de consciência veio outra revelação - a de que o desempenho humano, a dinâmica de equipa, a comunicação e a prática baseada em sistemas requerem modificações significativas para se obterem registos de segurança, qualidade e desempenho de excelência. A relação entre os serviços de elevada qualidade, segurança dos doentes e o valor acrescentado resultante está a tornar-se cada vez mais evidente com a crescente complexidade dos sistemas de saúde. Neste contexto geral, ressalva-se que os bons resultados para os doentes são o resultado de cuidados de elevada qualidade prestados por profissionais competentes e altamente qualificados, no momento certo, pelas razões certas e com um cuidado e uma precisão impecáveis.

2. Educação/Formação e treino dos profissionais de saúde em Segurança do Doente

2.1. Ensino em Saúde e a Segurança do Doente

A segurança dos doentes é uma atitude fundamental, pelo que deve ser introduzida desde cedo e reforçada ao longo da formação e do desenvolvimento profissional contínuo. A educação/formação dos profissionais de saúde e os cuidados aos doentes estão indissociavelmente ligados. O Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021, que aprovou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026) está estruturado em cinco pilares que suportam catorze objetivos estratégicos, estabelecendo “um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente, nos quais se integram objetivos estratégicos, cujas metas são alcançadas pela implementação das ações definidas”. Sendo o seu Pilar 1: “Cultura de segurança”, de acordo com a OMS, que considera que “a cultura de segurança numa instituição de saúde corresponde ao conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente” (p. 99). Deste modo, o objetivo estratégico consiste em “promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente”, através das seguintes ações:

“a) Desenvolvimento de cursos, preferencialmente *online* na área da segurança do doente e de notificação de incidentes de segurança do doente, bem como nos domínios da promoção ou reforço do envolvimento do doente, da família e do cuidador; b) Implementação de um plano de formação anual, no âmbito da segurança do doente, para os profissionais de saúde das unidades prestadoras de cuidados de saúde”.

Estas ações têm como metas, para 2026, que “95% de instituições prestadoras de cuidados de saúde com planos de formação anuais multiprofissionais na área da segurança do doente” (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021, p. 99).

Um outro objetivo estratégico consiste em “Avaliar a Cultura de Segurança”, através da “a) Atualização do modelo de Avaliação da Cultura de Segurança”, de forma a que, em 2023, ocorra a “Revisão integral do formulário de avaliação da cultura de segurança, em conjunto com as Comissões da Qualidade e Segurança, com uma meta, para 2026, de “95% das unidades prestadoras de cuidados de saúde, com implementação do questionário de Avaliação da Cultura de Segurança” (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021, p. 99).

O Pilar 2: “Liderança e governança” prevê que,

“ao priorizar, desenvolver e criar condições que permitam garantir uma cultura centrada na segurança, as lideranças e gestores conduzem a instituição para um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sentem confiança e abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema, bem como a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis, mas também, para responder de forma transparente aos desafios da complexidade inerente à prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021, p. 100).

A segurança do doente deve ser vista numa visão abrangente, como um tema transversal na formação dos futuros profissionais de saúde. Durante a sua formação, os estudantes deverão sentir a segurança como um direito dos doentes. Os professores devem integrar as competências em segurança na sua prática diária de ensino, transformando todas as oportunidades como meio de aprendizagem. Sendo que a formação nas ciências da saúde compreende não só conteúdos e práticas curriculares, é fundamental que os professores

compreendam a importância da coerência entre a teoria e a prática. O que é aprendido informalmente nas interações, tanto em aulas teóricas como em práticas e em ambientes de prestação de cuidados, exerce forte influência sobre valores e atitudes do futuro profissional pelo que é importante ter-se presente, que o que é aprendido desse modo pode ser o oposto do que é formalmente ensinado.

Durante os ensinamentos clínicos é importante que os docentes e profissionais de saúde tenham um papel conjunto na medida em que: a) os docentes incidem na teoria da Segurança do Doente; os profissionais de saúde para além dos conceitos nesta área exploram a sua aplicação em situações reais de cuidados; b) podem realizar estudos de caso; diagnósticos de situação...preparando os alunos para práticas como a sensibilização para potenciais erros, a notificação de erros entre outros.

A OMS com a elaboração do *Multiprofessional Guide* criou também um importante instrumento de orientação para os professores, na medida em que a inclusão desta temática nos currículos escolares se revelou um grande desafio para as instituições de ensino perante a preparação limitada de alguns professores nesta área. Sendo a segurança do doente um conceito relativamente recente, é necessário considerar que muitos professores não o tiveram contemplado na sua formação. As propostas do *Curriculum Guide* são flexíveis podendo ser integradas nos currículos já existentes. Estes currículos e programas de ensino devem assegurar aos estudantes condições para alcançar os padrões de desempenho clínico e que a sua prática seja a mais segura possível. A OMS sugere três passos para a introdução da segurança do doente nos currículos dos cursos já existentes: identificar os resultados de aprendizagem, identificar o que o currículo já aborda quanto à segurança e realizar as mudanças a partir do que já está a ser contemplado. O documento apresenta os temas e a forma como podem ser desenvolvidos por professores e alunos, visando o estudo das questões da segurança desde que o estudante entra pela primeira vez num serviço de saúde. O estudante vê assim desenvolver as suas competências e comportamentos em segurança do doente aprendendo a tratar cada doente como um indivíduo único, com características e necessidades particulares a considerar. Os estudantes ao aplicarem os seus conhecimentos e competências nesta matéria podem, segundo a OMS, servir de exemplo para os professores, alguns a exercer nos serviços de saúde.

Uma questão fulcral na aprendizagem durante os ensinamentos clínicos é que a responsabilidade de um eventual erro cometido pelo aluno é integralmente assumido pelo profissional de saúde tutor desse aluno, corroborando-se mais uma vez a importância de que a segurança do doente é indissociável da segurança do profissional. Fragata (2014, p. 262) ao abordar o treino médico-cirúrgico refere que “o treino médico pode e deve ser facultado, mas não podemos nunca alienar a nossa responsabilidade para com os doentes, que não podem em caso algum sofrer com isso (...) temos que estar atentos às características dos casos que facultamos e, nomeadamente à sua adequação à fase de treino em que o júnior se encontra”.

A título exemplificativo, Lage, em 2010, apresentou, como forma de melhoria na formação, o paradigma do Centro Hospitalar de Lisboa Central, no qual o erro médico é já um dos temas obrigatórios na formação teórica pré graduada (pediatria, 5.º ano) e pós-graduada (programa de integração de novos internos). O plano anual de formação em serviço proposto pelo Centro de Formação a todos os profissionais interessados inclui cursos em avaliação do risco, auditoria, segurança do doente e erros de medicação. Por sua vez, fomentar a inclusão do tema da Segurança do Doente no ensino técnico, graduado e pós-graduado na área da saúde foi a conclusão a que Elena Bohomol (2014) encontrou num estudo realizado no Brasil intitulado “O ensino sobre segurança do doente nos cursos

de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Medicina da Universidade Federal de São Paulo". Neste estudo, a investigadora verificou que:

- O ensino é fragmentado ao longo de cada curso valorizando-se os aspetos específicos para a formação pretendida.
- Muitas Unidades Curriculares dos cursos abordam temas relacionados à Segurança do Doente, no entanto, carecem de aprofundamento e amplitude.
- Não se verifica uma condução interdisciplinar e transdisciplinar voltada aos aspetos sobre Segurança do Doente.
- Há necessidade de quebras de paradigmas nas formas de ensinar e agir dentro do ambiente escolar, incluindo a sala de aula e campos da prática.
- Há necessidade de preparação dos professores para tratar o ensino sobre segurança numa esfera inter-multi-transdisciplinar.

Para a autora supracitada, a formação dos estudantes na área da saúde é um processo de ensino e aprendizagem complexo; com diferentes práticas educacionais e diversidade de conteúdo, exigindo uma reflexão permanente das informações da realidade e problematização do processo de trabalho. É função das Universidades disponibilizar para a sociedade os ingressos com perfil que atenda às necessidades da população em todos os níveis de cuidados, contribuindo de forma significativa na qualidade dos serviços, trazendo segurança e satisfação aos utilizadores (Bohomol, 2014).

Charles Bruman, enquanto *"french authority for health"*, divulgou em Coventry a 8 de abril de 2008 um trabalho no *European Workshop on Education* intitulado *"Promotion of Education for Patient Safety: creating a European network"* (EUNetPas, 2008). Neste trabalho é apresentado um projeto-piloto desenvolvido em vários países da União Europeia no qual propõem um programa nacional de ensino em Segurança do Doente. Este programa nacional visa:

- Promover cultura de segurança do doente e promover conhecimentos em segurança do doente a nível nacional e tem como objetivos:
 - ✓ Implementar práticas seguras
 - ✓ Detetar, analisar e prevenir eventos adversos
- Como metodologia:
 - ✓ Recursos eletrónicos (bases de dados, sites)
 - ✓ Cursos
 - ✓ E-learning
 - ✓ Manuais
- Como conteúdos programáticos:
 - ✓ Conceitos gerais em segurança do doente
 - ✓ Epidemiologia dos eventos adversos
 - ✓ Prevenção dos eventos adversos
 - ✓ Segurança do doente e gestão de risco
 - ✓ Comunicação.

Mais recentemente, um estudo do *National improvements in resident physician-reported patient safety after limiting first-year resident physicians' extended duration work shifts*, realizado por Weaver et al. (2023) e publicado na edição do mesmo ano na revista *BMJ Quality and Safety*, assinala a necessidade de um debate aprofundado sobre a investigação em matéria de política de educação no domínio da medicina.

O campo da investigação dos resultados da educação avalia o impacto nos doentes das alterações ao processo educativo e ao ambiente de aprendizagem clínica. Como em toda a investigação sólida, os *curricula* devem ser concebidos para que os futuros profissionais de saúde prestam cuidados de qualidade, o que implica formação e educação em

segurança do doente, desde os cursos de base. De acordo com a literatura, a implementação de intervenções de segurança do doente, como a educação dos profissionais de saúde, a formação do trabalho em equipa e a formação de equipas de segurança do doente baseadas na unidade, tem sido associada a melhorias na cultura de segurança dos doentes (Weaver et al., 2023). A educação e a formação dos profissionais de saúde têm sido sugeridas como uma importante estratégia de intervenção para melhorar a cultura de segurança dos doentes e têm sido amplamente utilizadas nos países desenvolvidos (Weaver et al., 2023).

Garzin e Melleiro (2019) realizaram um estudo qualitativo, para compreender a perceção dos estudantes de licenciatura de uma instituição de ensino superior sobre o ensino da segurança do doente. A amostra incluía 21 estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Biomedicina. A partir da análise de conteúdo foram elencadas sete categorias temáticas: Inserção da temática da segurança do doente durante a formação académica; A falibilidade humana e a aprendizagem sobre os riscos e erros dos cuidados; A Atuação da equipa de saúde e a inclusão do doente como parceiro na tomada de decisão; Sistemas organizacionais e a sua interface com a qualidade dos cuidados; Protocolos como ferramentas para a segurança do doente; Segurança e qualidade como elementos fundamentais na cadeia do medicamento; Abordagem do tema segurança do doente: estratégias e metodologias de ensino. Os estudantes perceberam positivamente o ensino da segurança do doente, porém, houve a necessidade de uma abordagem formal e equitativa do conteúdo no curso de formação, através da interdisciplinaridade, de conteúdos no curso de formação, através de estratégias interdisciplinares, bem como a relevância de sensibilizar os docentes para para integrar esta temática nas unidades curriculares.

A segurança dos doentes é um tema relevante no currículo de enfermagem. Cada universidade programa o ensino e a formação prática em segurança do doente de forma diferente. Tendo em consideração que poucos estudos procuraram explorar a relação entre a segurança do doente tal como é percebida pelos estudantes de enfermagem e outras competências psicossociais importantes no currículo de enfermagem, tais como a autoeficácia, a competência e a resiliência, De Miguel et al. (2023) analisaram a integração diferencial da segurança do doente em três programas de formação em enfermagem e avaliaram os níveis de concordância relativamente ao clima de segurança do doente, os conhecimentos dos estudantes sobre segurança do doente e as correlações com a autoeficácia, a competência e a resiliência específicas. Os participantes foram 647 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem de três universidades espanholas. O clima de segurança do doente e o conhecimento da segurança do doente (boa prática) foram avaliados através do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* para estudantes de enfermagem. Os programas de ensino de enfermagem e o clima de segurança do doente foram analisados através dos índices Rwg(j) e do Coeficiente de correlação (ICC) de concordância inter-avaliadores em diferentes níveis académicos. Os índices ICC e Rwg revelaram uma elevada concordância inter-avaliadores nas três universidades. Foram observadas diferenças entre a Univ-2 e a Univ-3 nas pontuações do clima de segurança dos doentes e nos valores de concordância entre os níveis académicos. Foram encontradas diferenças nas boas práticas quando os níveis académicos foram comparados na Univ1 e na Univ-2. A perceção do clima de segurança do doente difere entre as universidades e níveis académicos. Esta competência está relacionada com a autoeficácia, a competência e a resiliência, o que permite avaliar a integração da segurança do doente numa perspetiva mais alargada. Foi observado um padrão estável para a boa prática no UNIV-3, juntamente com uma tendência ascendente nas percentagens do clima de segurança do doente ao longo dos anos letivos. No caso da média total do clima de segurança do doente, os valores do Rwg refletem uma forte concordância, com uma percentagem elevada para os

estudantes do 4º ano da licenciatura. Este facto pode ser explicado, de acordo com De Miguel et al. (2023), pela formação prática específica dada nas unidades de cuidados intensivos e de urgência durante o 4.º ano, em que deve ser dada especial atenção à segurança do doente. Estes resultados revelam diferentes tipos de educação para a segurança dos doentes e diferentes distribuições de formação prática entre os níveis académicos. Aprender sobre segurança do doente pode tornar os estudantes mais confiantes, mas não está claro se os programas de graduação de graduação fornecem uma educação eficaz neste campo (Baernholdt et al., 2022). Todavia, reitera-se que várias organizações (projeto EUNetPaS, 2010; OMS, 2011) têm destacado a importância da segurança do doente para a educação em saúde. A formação/educação sobre a segurança do doente é importante nos cuidados de saúde, para garantir a segurança de todos os envolvidos na prestação de cuidados e de quem os recebe e para manter os mais elevados níveis de qualidade dos cuidados.

2.2. A formação/qualificação dos Profissionais de Saúde e a Segurança do Doente

A segurança dos doentes é reconhecida como uma dimensão intrínseca da qualidade e deve permear as atividades realizadas nas unidades de saúde. Para que isso ocorra é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes ao tema. Nesse sentido, os cursos de formação/qualificação dos profissionais de saúde têm um papel importante na promoção de competências, no que respeita à segurança do doente ao demonstrarem a sua relevância na formação e nos cuidados prestados.

A Lei de Bases da Saúde, em Portugal, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro contempla na Base XV os profissionais de saúde referindo que a política de recursos humanos para a saúde visa satisfazer as necessidades da população, *garantir a formação*, a segurança e o estímulo dos profissionais, e na Base XVI a formação do pessoal de saúde que ressalta o fato de *a formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituírem um objetivo fundamental a prosseguir*, estando asseguradas as parcerias entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. A importância da formação está bem evidenciada na Base XVI ao reiterar que “(...) a formação do pessoal deve assegurar uma qualificação técnico-científica tão elevada quanto possível tendo em conta o ramo e o nível do pessoal em causa, despertar nele o sentido da responsabilidade profissional, sem esquecer a preocupação da melhor utilização dos recursos disponíveis, e, em todos os casos, orientar-se no sentido de inculcar nos profissionais o respeito pela vida e pelos direitos das pessoas e dos doentes como o primeiro dever que lhes cumpre observar.”

O Departamento de Planeamento e Gestão de Recursos Humanos (DRH), da ACSS, I.P., tem como competência, entre outras, promover a regulamentação da formação profissional no setor da saúde, nomeadamente:

- Assegurar o enquadramento normativo e regulamentar da formação no setor da saúde;
- Definir perfis de formação, em articulação com outros serviços e organismos do MS e do SNS, bem como com outros serviços e organismos da administração pública com competências neste domínio;

- Identificar as necessidades e prioridades de formação do Plano Nacional de Saúde, em articulação com outros serviços e organismos.

Tendo em vista contribuir para a/o:

- Harmonização dos quadros de referência formativos;
- Disponibilização de referenciais de competência e de formação inovadores, com carácter prospetivo e numa abordagem integrada da prestação de cuidados (cuidados primários/diferenciados e continuados);
- Reforço/atualização de competências dos profissionais de saúde em áreas consideradas chaves/prioritárias;
- Focalização da formação contínua nos resultados desejados.

A Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, aprovada pelo Despacho Ministerial n.º 14223/2009, de 8 de Junho, é operacionalizada nos termos deste pela Direção Geral da Saúde (DGS), adotando um conjunto de sete prioridades estratégicas, de entre as quais se destaca a segurança do doente, como forma de garantir, progressivamente, aos cidadãos maior confiança no acesso aos serviços prestados pelas unidades de cuidados de saúde do sistema de saúde em Portugal.

A DGS conta com a colaboração da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) sobre a presente matéria, acordada entre ambas as entidades, designadamente no desenvolvimento de ações de formação destinadas a reforçar a qualificação dos profissionais que trabalham/dirigem nas estruturas de qualidade hospitalar e de segurança do doente. Esta colaboração está inserida num quadro mais vasto de trabalho conjunto de avaliação e monitorização da cultura de segurança e de revisão de procedimentos de melhoria da cultura de segurança dos doentes nas unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde.

De acordo com o Relatório da Comissão ao Conselho (2014), este domínio da formação em Segurança do Doente continua a não estar devidamente aplicado. A maioria dos países referiu ter incentivado a formação multidisciplinar em matéria de segurança dos doentes em contextos de prestação de cuidados de saúde, mas três quartos não fornecem informações sobre a prestação efetiva da referida formação em hospitais. A segurança dos doentes não se encontra amplamente integrada nos programas de licenciatura e pós-graduação de trabalhadores do setor da saúde, na formação em exercício nem na formação contínua dos profissionais de saúde, exceto em seis Estados-Membros. Em oito Estados-Membros não é formalmente exigida em nenhum nível e para nenhuns profissionais de saúde. Em países com requisitos formais de inclusão da segurança dos doentes no ensino e na formação, a segurança dos doentes faz parte, na grande maioria dos casos, da formação em exercício para médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

A formação na área de segurança do doente é essencial em vários domínios, principalmente na investigação de incidentes e na produção de cuidados seguros, requerendo um conjunto de competências para o seu desenvolvimento (Fragata, 2011, p. 262). A cultura de aprendizagem com o erro é fundamental, segundo o mesmo autor, para desempenhos profissionais mais seguros: “A combinação do *reporting* do erro, justiça e flexibilidade, permite que os indivíduos adotem melhores procedimentos no âmbito do respetivo desempenho profissional” (Fragata, 2014, p. 219). Ao abordar o imperativo das organizações de saúde saberem como gerir o inesperado, alerta para a diferença entre organizações altamente fiáveis e organizações eficientes. Assim:

- Organizações altamente fiáveis:

- ✓ “ (...) Mantêm uma performance fiável apesar das constantes exposições ao inesperado, desenvolvendo e mantendo uma inteligência atenta e ativa, individual e coletivamente assumida (*mindfulness*) (...)” (Fragata, 2014, p. 219);
 - ✓ Adaptam as suas formas organizacionais perante a crescente complexidade do meio onde se inserem;
 - ✓ Têm na fiabilidade um pilar que resulta de uma gestão continuada das oscilações da *performance* tanto ao nível do posto de trabalho, como no de toda a dinâmica de interações na organização.
- Organizações eficientes:
 - ✓ Ocorrem erros porque “(...) desenvolvem a mesma atuação face a situações imprevistas, que se tornam indetetáveis ou que não originam ações subsequentes”
 - ✓ Estandarizam pela procura da invariância organizacional, determinando regras formais para o desenvolvimento das atividades na organização (não garantindo por si só a deteção preventiva de falhas nos equipamentos, nos materiais deficientes, ou na conformidade inadequada);
 - ✓ Valorizam a sua atividade na eficiência, dividindo e estruturando as atividades, definindo padrões de atividade, estabelecendo regras de funcionamento;
 - ✓ Permanece “(...) a diversidade cognitiva dos indivíduos e a existência de um conhecimento partilhado e um entendimento comum” (Fragata, 2014, p.220).

Face ao exposto, Reis (2014) e Fragata (2014) colocam a fiabilidade como o propósito central das organizações e apontam o inesperado como fonte de aprendizagem coletiva numa organização de saúde na medida em que o ajustamento mútuo permanente entre profissionais (que é uma necessidade constante) gera o potencial de informação sobre a capacidade e vulnerabilidade organizacional, na resposta às necessidades dos doentes. “Para que esta informação não seja perdida, impõe-se a existência de uma inteligência partilhada consciente destas variações” (Fragata, 2014, p.220). O autor quando aborda a questão da inteligência reporta-nos para a qualidade, a conservação da atenção, o modo com as pessoas atuam, noticiam e como o fazem, no que respeita aos incidentes que ocorrem. No entanto, não podemos esquecer que erros e problemas podem ser atenuados ou exacerbados de acordo com a partilha de crenças nos grupos. Cannon e Edmondson, citados por Fragata (2014), concluíram que a liderança efetiva (*coaching*), uma direção clara e um contexto organizacional de suporte e apoio são fundamentais para a promoção construtiva de crenças acerca das falhas e erros.

Ao abordar a questão da “fiabilidade, trabalho em equipa e liderança”, Fragata (2014, p.236) entende que mesmo com organizações com carácter regulador como a “*Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations*” a recomendar que as instituições hospitalares devem assegurar a coordenação entre os profissionais de saúde intra e inter serviços e o “National Committee on Quality Assurance” nos seus procedimentos de acreditação dos hospitais a dar ênfase à coordenação entre os profissionais que prestam cuidados de saúde “ (...) existe pouca informação sobre as práticas que devem ser usadas para alcançar uma coordenação efetiva das equipas de saúde”. Nos estudos sobre a formação médica graduada, referidos por Fragata (2014), verificou-se que os internos de especialidade tinham nos serviços com baixos rácios de morbidade e mortalidade, mais oportunidades de treino e desenvolvimento de habilidades e possuíam um sistema mais forte de supervisão. Perante estes resultados, Fragata (2014) concluiu que serviços com baixos rácios de morbidade e mortalidade usam um grande número e variedade de práticas de coordenação sobre três atividades

estudadas: administração/coordenação geral, prestação de cuidados diretos aos doentes e educação médica graduada.

Em 2010, a EUNetPas avançou com o pressuposto de que há um conjunto estabelecido de sete princípios que fundamentam a aprendizagem e que irão suportar a Segurança Doente. Este conjunto de princípios, que se descrevem de seguida, providencia uma estrutura de ação para o desenvolvimento de *guidelines* na educação e treino em Segurança do Doente.

Princípio 1 – Baseado no Doente: A Aprendizagem deve ter uma abordagem centrada no doente reconhecendo que ter cuidado com o doente é o cuidado principal na base do cuidado ao doente.

Princípio 2 – Aplicável a todos os cenários: Qualquer ambiente onde a segurança do doente é um direito fundamental implica o desenvolvimento contínuo, desenvolvendo conhecimento, habilidades e atitudes para a segurança do doente. Isto inclui hospitais, ambulatórios de saúde, centros de reabilitação, casas e edifícios públicos.

Princípio 3 – Assunto de todos (Responsabilidade de todos) – Os cuidados de Saúde são prestados por equipas de profissionais de saúde (a equipa inclui os doentes). A Segurança do Doente é um assunto de todos, e qualquer currículo deve incluir a necessidade de informar e educar todos os membros da comunidade sobre a principal preocupação da segurança do doente.

Princípio 4 – Orientado em equipa: A Segurança do Doente ultrapassa as barreiras e o currículo é apresentado numa maneira multidisciplinar e multiprofissional. Mesmo sendo essencial que a aprendizagem das intervenções sobre segurança do doente tenha em mente uma aproximação multidisciplinar. Isto não significa que qualquer intervenção de aprendizagem tenha de incluir todas as profissões de saúde como parte de um grupo alvo.

Princípio 5 – Multidimensional: O desenvolvimento de competências na área da segurança do doente é relativa a comportamento tal como a conhecimento e capacidades. Mas, o foco é desenvolver a competência no local de trabalho, baseado na necessidade dos praticantes de segurança do doente.

Princípio 6 – Contexto específico: Aprender intervenções tem como premissa a centralidade e a relevância do local de trabalho, reconhecer que a segurança do doente é contexto-específica, e que, assim, deve incluir responsabilidades organizacional.

Princípio 7 – Uma atividade profissional contínua: O modelo mental de um profissional de saúde em relação à segurança do doente é demonstrado pela aprendizagem constante e a prática apropriada. As competências para a segurança do doente devem ser desenvolvidas antes de um individuo entrar na profissão, como parte de uma formação de base (ensino pré-graduado); os programas devem ser sustentados como parte de um desenvolvimento profissional contínuo (EUNetPas, 2010).

O treino para profissionais de saúde em segurança do doente deverá, segundo Bruneau (2010), ser estratificado em três níveis conforme se descrevem na figura 1: básico, perito e mestre. No entanto, nós, autoras, defendemos igualmente a estratificação em três níveis de formação substituindo porém os conteúdos atribuídos ao nível básico pelos conteúdos inerentes ao *Multiprofessional Guide*.

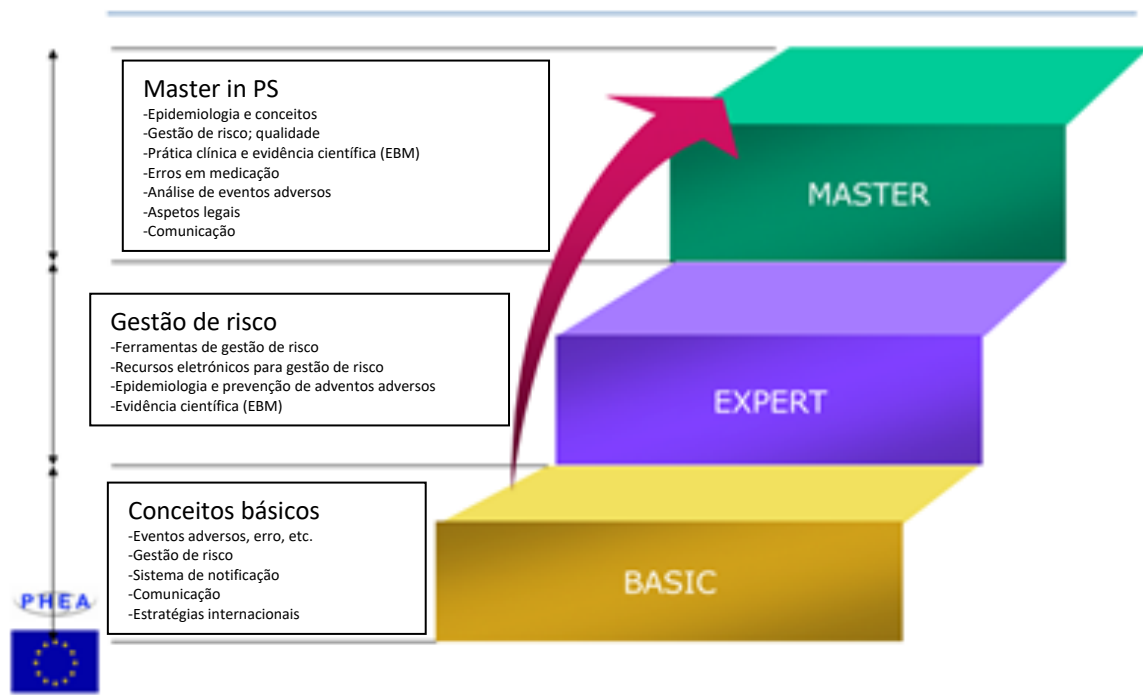


Figura 1 - Esboço do guião e recomendações de conteúdos programáticos e diferentes níveis de especialização para os diferentes grupos alvo

Fonte: EUNetPas. Bruneau, C; Promotion of education for patient safety: creating a European network

Segundo a EUNetPas (2014, p, 5), a educação em segurança do doente centra-se na aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades que suportem as alterações no comportamento para proporcionar cuidados seguros. Os princípios da segurança do doente envolvem habilidades técnicas e não técnicas.

As competências profissionais - conhecimentos, capacidades/habilidades e comportamentos/atitudes - têm por base o pressuposto que todos os profissionais de saúde estão preocupados em fornecer serviços/cuidados de saúde seguros aos utentes.

Neste âmbito, em Portugal, um dos objetivos estratégicos do PNSD 2021 -2026 consiste em “Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021 -2026”, o que passa pelas seguintes ações:

“a) Formulação de índice de indicadores de execução do PNSD 2021 -2026, para integração nos termos de referência da contratualização de cuidados de saúde no SNS; b) Implementação de um plano de formação anual, em segurança do doente, dirigido aos profissionais de saúde das unidades prestadores de cuidados de saúde; c) Definição de tempo protegido para os profissionais de saúde envolvidos na implementação do PNSD 2021 -2026 e em outras atividades no âmbito específico da segurança do doente”. As metas a alcançar, em 2026, será que “70% das instituições hospitalares com indicadores da segurança do doente em sede de contratualização; 100% das unidades de Cuidados de Saúde Primários com indicadores da segurança do doente em sede de contratualização” (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021, p. 100).

O outro objetivo estratégico consiste em “Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local”, visando a “Atualização do modelo de governança das Comissões de Qualidade e Segurança”, que permitam em 2023, a “Publicação da revisão do enquadramento legal das Comissões da Qualidade e Segurança” (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021, p. 100).

Têm sido efetuados vários estudos para testar a hipótese da educação para a segurança dos doentes e o seu impacto na cultura de segurança dos doentes. Por exemplo, AbuAlRub e Abu Alhijaa (2014) realizaram um estudo quase-experimental para avaliar o impacto das intervenções educativas sobre a segurança dos doentes nas percepções de enfermeiros seniores relativamente à cultura de segurança e revelou melhorias significativas nas pontuações positivas dos enfermeiros relativamente à frequência da comunicação de eventos (Média = 54,2% no pré-teste vs. 64,3% no pós-teste; $p=0,043$) e à resposta não punitiva aos erros (Média=16,9% vs. 26,2%; $p=0,041$) (AbuAlRub & Abu Alhijaa, 2014).

3. LITERACIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DO DOENTE

Dado o vasto impacto dos danos associados aos cuidados, a sua prevenção deve ser uma prioridade máxima para os sistemas de saúde nacionais e locais. A criação de uma cultura de segurança nas organizações de cuidados de saúde tem sido reconhecida como uma estratégia fundamental para garantir a segurança dos doentes, reduzir os danos e melhorar a qualidade dos cuidados (Tocco et al., 2021).

A cultura de segurança é o produto de valores, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o empenhamento, o estilo e a proficiência da gestão da saúde e da segurança de uma organização (Sammer et al., 2010). O clima de segurança é um componente mensurável da cultura de segurança, derivado das atitudes e perceções dos indivíduos que fazem parte de um grupo (por exemplo, unidade, serviço, departamento ou organização) num determinado momento. Uma vez que os cuidados de saúde são normalmente prestados por equipas de profissionais que trabalham numa unidade ou organização de maior dimensão, as atitudes e os comportamentos de todo o grupo são de particular interesse (Weaver et al., 2013).

Mas para que exista uma cultura e um clima de segurança do doente é importante que os profissionais de saúde possuam literacia na área. O desenvolvimento e o reforço da formação dos profissionais de saúde relativamente à segurança do doente, bem como o reforço das competências, conhecimentos e comportamentos de segurança conexos, contribuem para a criação de ambientes de cuidados de saúde mais seguros (López-Hernández et al., 2020). As atitudes são a base de uma cultura e de um clima de segurança adequados e os conhecimentos, as competências e os comportamentos são construídos com base nelas e permitem a compreensão e a adesão às diretrizes de segurança do doente. Neste cenário, a OMS apoiou a introdução do conceito de cultura de segurança durante a formação dos futuros profissionais de saúde (Alwhaibi et al., 2020).

Os cuidados de saúde evoluíram muito nos últimos anos e conhecimento das doenças e das inovações tecnológicas contribuíram para melhorar a esperança de vida durante o século XX (OMS, 2011). Mas um dos maiores desafios, conforme o mesmo organismo, não tinha a ver com acompanhar os mais recentes procedimentos clínicos ou o mais recente equipamento de alta tecnologia. Em vez disso, tratava-se de prestar cuidados mais seguros em ambientes complexos, pressurizados e em rápida evolução. Nesses ambientes, muitas vezes, há sempre algo que corre mal. Acontecimentos adversos, os doentes sofrem danos não intencionais, mas graves, durante a prática clínica de rotina ou em resultado de uma decisão clínica. Muitos países a nível global já reconheceram que a segurança do doente é importante e têm vindo a desenvolver formas e abordagens para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados. Também reconhecem a importância de formar os profissionais de saúde sobre os princípios e conceitos da segurança do doente. O reforço dessas competências tem como finalidade acompanhar as complexidades do sistema e as exigências dos requisitos da força de trabalho (OMS, 2011).

Neste sentido, a OMS, em 2011, liderou um esforço global para desenvolver a educação/formação para a segurança dos doentes, os seus princípios e abordagens que conduzissem a uma futura força de trabalho dos cuidados de saúde com formação para a prática de cuidados centrados no doente em qualquer parte do mundo. A Comissão da OMS criou um guia curricular de segurança do doente com uma perspetiva multiprofissional, uma abordagem dos sistemas de saúde com um alcance global. Acelerou os esforços para ajudar as universidades e escolas de ciências da saúde a criar e integrar a aprendizagem da segurança dos doentes nos seus currículos. Em colaboração

com governos, universidades e escolas de todo o mundo, associações profissionais internacionais nas disciplinas de medicina dentária, medicina, obstetrícia, enfermagem e medicina de família, farmácia e as respetivas associações de estudantes, tornaram a formação para a segurança do doente relevante para as necessidades e requisitos dos ambientes de trabalho contemporâneos. A energia, os recursos e a experiência foram essenciais para o desenvolvimento da edição *Multi-professional of the Patient Safety Curriculum Guide*. Os frutos da aplicação das suas recomendações são imediatos e mensuráveis em termos de construção de conhecimentos e competências dos estudantes de ciências da saúde que os prepararão melhor para uma prática mais segura.

A OMS (2011) sugere três passos para a introdução da segurança do doente nos currículos dos cursos já existentes: identificar os resultados de aprendizagem, identificar o que o currículo já aborda quanto à segurança e realizar as mudanças a partir do que já está a ser contemplado. O documento apresenta os temas e a forma como podem ser desenvolvidos por professores e estudantes, visando o estudo das questões da segurança desde que o estudante entra pela primeira vez num serviço de saúde. O estudante vê assim desenvolver as suas competências e comportamentos em segurança do doente aprendendo a tratar cada doente como um indivíduo único, com características e necessidades particulares a considerar. Os estudantes ao aplicarem os seus conhecimentos e competências nesta matéria podem, segundo a OMS, servir de exemplo para os professores, alguns a exercer nos serviços de saúde.

Este guia divide-se em 2 partes:

Parte A aponta para os tutores de cuidados de saúde. Oferece informação de fundo em como selecionar e ensinar cada tópico curricular, faz sugestões na avaliação capacidade institucional para integrar os estudos da segurança do doente, fornece também técnicas para a explorar como este tema se pode adequar ao currículo das instituições. Esta parte também evidencia os princípios educativos que são essenciais para a educação e aprendizagem da segurança do doente, também propõe abordagens na avaliação dos estudantes, tal como na avaliação do atual currículo da segurança do doente. A importância do envolvimento do corpo docente, como uma componente essencial para manter a capacidade de sustentação do programa, é enfatizada ao longo do documento. Ao mesmo tempo, exemplos claros de como a segurança do doente pode ser ensinada são providenciados ao longo da parte A.

Parte B endereça tutores e estudantes de cuidados de saúde. Contem 11 pronto a ensinar, baseado em tópicos sobre programas de segurança do doente que podem ser usados como um todo ou como um só tópico. Os tópicos são: 1-11

Tópico 1: O que é Segurança do Doente?

Visto que os profissionais de cuidados de saúde estão a ser cada vez mais requisitados para incorporar princípios e conceitos de cuidados de saúde na prática do dia-a-dia, este tópico apresenta o caso para segurança do doente.

Ao longo desta última década aprendemos que eventos adversos não ocorrem por as pessoas quererem intencionalmente magoar os doentes. São devido à complexidade do nosso sistema de saúde atual, especialmente em países desenvolvidos, onde os tratamentos eficazes e o resultado para cada doente dependem de uma variedade de fatores e não só da competência de um fornecedor de cuidados de saúde. Quando estão envolvidos tantos fornecedores de cuidados de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêutico e aliados aos cuidados de saúde), é muito difícil de assegurar cuidados seguros a não ser que o sistema

de saúde esteja desenhado para facilitar informação oportuna e completa com a compreensão de todos os profissionais de saúde. Semelhantemente, em países em desenvolvimento, a combinação de numerosos fatores desfavoráveis, tal como a ausência de profissionais, estruturas inadequadas e sobrepopulação, falta de confortos de cuidados de saúde e a escassez de equipamentos básico, má higiene e sanitização, todas estas podem ser atribuídas como recursos financeiros limitados, contribui para cuidados inseguros de doente.

Tópico 2: Porque é que aplicar fatores humanos é importante na segurança do doente?

Fatores humanos é uma área de especialidade de engenheiros e psicólogos cognitivos. Este tópico pode lançar alguns desafios para a aptidão de profissionais de saúde, tal como para os estudantes. Fatores humanos, engenharia ou ergonomia é a ciência da inter-relação entre humanos, as suas ferramentas e o meio no qual vivem e trabalham. Engenharia de fatores humanos vai ajudar os estudantes perceber como é que as pessoas atuam sob diferentes circunstâncias, de modo a que sistemas e produtos possam ser criados para melhorar o processo. Cobre as interações humano-máquina e humano-humano tal como comunicação, trabalho de equipa e organização cultural.

Outras indústrias como a aviação, a manufatura e as forças militares aplicaram com sucesso o conhecimento dos fatores humanos para melhorar sistemas e serviços. Os estudantes precisam de perceber como os fatores humanos podem ser usados para reduzir eventos adversos e erros, identificando como e porque é que os sistemas vão abaixo e como e porque é que os seres humanos comunicam mal. Usando uma abordagem com fatores humanos, a interação do sistema humano pode ser melhorada fornecendo sistemas e métodos melhor concebidos. Isto normalmente envolve simplificar processos, padronização de procedimentos, fornecimento de uma reserva quando os humanos falham, melhorar a comunicação, voltar a conceber equipamento e engendrar uma consciência comportamental, limitações organizacional e tecnológicas que levam a erro.

Tópico 3: Perceber sistemas e o efeito da sua complexidade nos cuidados do doente

Os estudantes são introduzidos ao conceito que o sistema de saúde não é só um, mas sim muitos sistemas compostos por organizações, departamentos, unidades, serviços e treinos. O grande número de relações entre doente, cuidadores, prestadores de cuidados de saúde, staff de suporte, administradores, economistas e membros da comunidade, tal como a relação entre os vários serviços de cuidados de saúde e os que não prestam cuidados de saúde, adicionadas a esta complexidade do sistema. Este tópico dá aos estudantes a compreensão simples de organizações complexas usando abordagens de sistemas. Ensinaamentos de outras indústrias são usados para mostrar aos estudantes os benefícios de abordagens de sistemas.

Quando os estudantes pensam em termos de “sistemas”, vão compreender melhor porque é que as coisas vão abaixo e vão ter um contexto sobre o qual vão pensar nas “soluções”. Os estudantes de cuidados de saúde precisam de apreciar como, como um fornecedor de cuidados de saúde, trabalhar num hospital ou numa clinica de saúde rural, vão fazer o seu melhor para tratar dos seus doentes, mas apenas isso não vai ser o suficiente para fornecer um serviço seguro e de qualidade. Isto porque os doentes dependem de um número de pessoas a fazer o seu trabalho da maneira correta, na altura certa. Noutras palavras, dependem do sistema de saúde.

Tópico 4: Ser um jogador de equipa eficaz

A compreensão dos estudantes de trabalho de equipa envolve mais do que a identificação com a composição da equipa compreendendo a sua profissão. Os estudantes precisam de saber os benefícios de equipas multidisciplinares e quão eficazmente equipas multidisciplinares melhoram o tratamento e reduzem os erros. Uma equipa eficaz é uma equipa onde os membros, incluindo o doente, comunicam entre si tal como coligam as suas observações, especialidades e responsabilidade de capacidade de decisão para otimizar os tratamentos do doente.

A tarefa de comunicar e fazer a informação fluir entre os fornecedores dos cuidados de saúde e o doente pode ser complicada devido à amplitude das responsabilidades clínicas e profissionais entre diferentes membros da equipa que está a fornecer cuidados de saúde. Isto pode resultar nos doentes terem de constantemente repetir a mesma informação a diferentes fornecedores de saúde. Mais importante, a falta de comunicação tem também sido associada a atrasos em diagnósticos, tratamento e na dispensa, tal como nas falhas a acompanhar os resultados dos testes.

Os estudantes precisam de saber quão eficazmente as equipas de cuidados de saúde funcionam, tal como as técnicas para incluir doentes e as suas famílias na equipa. Há alguma evidência que as equipas multidisciplinares melhoram a qualidade dos serviços e reduzem os seus custos. Também já foi provado que bom trabalho de equipa reduz os erros e melhora o cuidado do doente, particularmente daqueles com doenças crónicas. Este tópico apresenta o conhecimento subjacente necessário a tornar-se um membro eficaz da equipa. Mas, apenas conhecimento não vai fazer um estudante um bom jogador de equipa. Precisam de perceber a ética do seu local de trabalho e que impacto isso tem na dinâmica da equipa.

Tópico 5: Aprender com os erros e prevenir danos

Entender a razão pela qual prestadores de cuidados de saúde cometem erros é necessário para deliberar como sistemas mal concebidos e outros fatores contribuem para erros no sistema de prestação de cuidados de saúde. Enquanto os erros são uma parte da vida, as suas consequências num doente podem ser devastadoras. Prestadores de cuidados de saúde e alunos têm que entender a razão pela qual e a forma como os sistemas colapsam bem como o porquê de serem cometidos erros, para que possam tanto preveni-los como aprender através dos mesmos. Entender erros na prestação de cuidados de saúde é também o ponto de partida para melhorar e implementar sistemas de relatório eficazes. Os alunos vão assim aprender que uma abordagem a erros através de um sistema, que visa entender a totalidade de fatores individuais envolvidos, é significativamente melhor do que uma abordagem pessoal, que tende a responsabilizar indivíduos pelos seus erros especificamente. O influente artigo de Lucian Leape em 1994, mostrou um método de examinar erros na prestação de cuidados de saúde que se foca em reparar erros e aprender com os mesmos ao invés de culpar os envolvidos. Apesar de esta mensagem ter tido um impacto profundo em muitos prestadores de cuidados de saúde, muitos estão ainda presos a uma cultura de responsabilização individual e culpa. É crucial que os alunos comecem as suas carreiras por entender as diferenças entre uma abordagem de culpa e de sistema.

Tópico 6: Entender e gerir riscos clínicos

Gerir riscos clínicos está primariamente relacionado com a manutenção de sistemas seguros de prestação de cuidados de saúde. Geralmente envolve vários sistemas ou processos de organização designados para identificar, gerir e prevenir resultados adversos.

A gestão de riscos clínicos tem como objetivo a identificação da qualidade e segurança dos serviços de cuidados de saúde, através da identificação das circunstâncias que colocam a saúde dos doentes em risco e da tomada de medidas com vista a prevenir ou controlar esses mesmos riscos. A gestão de riscos lida com todos os níveis de organização, portanto é essencial que os estudantes entendam a importância das estratégias de gestão de riscos clínicos no local de trabalho. Gerir reclamações e fazer melhorias, entender os principais tipos de incidentes no hospital ou na clínica que normalmente levam a ocorrências adversas, saber como utilizar a informação presente em reclamações/relatórios de incidentes/litígios/relatórios de médicos-legistas e relatórios para melhoria de qualidade para controlar riscos são todos exemplo de estratégias para gerir riscos clínicos.

Tópico 7: Utilizar métodos de melhoria de qualidade para melhorar a prestação de cuidados de saúde.

Ao longo da última década, a prestação de cuidados de saúde tem eficazmente adotado métodos de melhoria de qualidade utilizados por outras indústrias. Estes métodos proporcionam aos prestadores de cuidados de saúde as ferramentas para:

- I) Identificar um problema
- II) Avaliar um problema
- III) Desenvolver um leque de intervenções destinadas a resolver um problema
- IV) Testar a eficácia das intervenções em questão.

Tópico 8: Relação interpessoal do doente e do prestador de cuidados

Os alunos lidam pela primeira vez com os conceitos de que uma equipa de prestação de cuidado inclui o doente e/ou o seu prestador de cuidados e de que os doentes e os prestadores de cuidados têm um papel crucial em assegurar tratamento de saúde seguro ao:

- I) Ajudar no diagnóstico.
- II) Deliberar sobre tratamentos mais apropriados.
- III) Escolher um prestador seguro e com experiência
- IV) Assegurar que os tratamentos são administrados corretamente
- V) Identificar ocorrências adversas e tomar medidas adequadas.

O sistema de prestação de cuidados subestima a informação que os doentes podem providenciar para o avanço na área de saúde, nomeadamente acerca de sintomas, dor, preferências e ações a por em risco. São um segundo par de olhos na eventualidade de algum imprevisto acontecer. Estes podem alertar um enfermeiro, médico, farmacêutico ou outro prestador de cuidados de saúde caso a medicação que estão prestes a receber não é a que habitualmente tomam, o que para a equipa técnica é um sinal de que devem ser realizadas verificações.

Pesquisas têm revelado que quando há boa comunicação entre doentes e prestadores de cuidados de saúde e quando os primeiros estão bem informados e sabem lidar com a sua medicação, ocorrem menos erros e verificam-se melhores resultados. A falta de comunicação doente/prestador de cuidados de saúde é um motivo muito comum pelo qual os doentes recorrem à justiça face aos prestadores de cuidados de saúde.

Tópico 9: Prevenção e controlo de infeções

Devido ao problema à escala mundial da prevenção e controlo de infeções e dos esforços da OMS para reduzir o número de infeções associadas aos cuidados de saúde é importante que esta área seja incluída no Guia Curricular não só por questões de coerência, mas também porque juntamente com os cuidados cirúrgicos e medicações, constituem uma percentagem significativa de efeitos adversos manifestados nos doentes. O problema do controlo de infeções em contexto de prestação de cuidados de saúde é agora um dado assente, visto que as infeções associadas aos cuidados médicos são uma grande causa de morte e incapacidade. Estão disponíveis vários guias para auxiliar médicos, enfermeiros, dentistas e outros a minimizar estes riscos de infeção. Os doentes sujeitos a intervenções cirúrgicas ou invasivas têm particular propensão para sofrer e constituem cerca de 40% das infeções derivadas dos cuidados saúde. Este tópico salienta as principais causas e tipos de infeção para que estudantes de saúde possam identificar os procedimentos que possam por os doentes em risco de infeção bem como prepará-los para tomarem atitudes apropriadas no sentido da prevenção de transmissão de infeções.

Tópico 10: Segurança do doente e intervenções invasivas

Ao reconhecer o malefício inaceitável causado pela Cirurgia, a OMS têm dinamizado campanhas eficientes para reduzir ocorrências cirúrgicas adversas. Uma das principais causas de erros que envolvem doentes, locais e procedimentos errados é a falta de comunicação eficaz entre prestadores de cuidados de saúde (como processos e verificações inadequadas) durante os procedimentos pré-operatórios. Alguns exemplos destes erros são:

- I) O doente errado no bloco operatório.
- II) Cirurgia realizada no local/lado errado
- III) Procedimento utilizado é inadequado
- IV) Não comunicação de alterações no estado de saúde do doente.
- V) Divergências acerca de interrupção de procedimentos.
- VI) Não comunicação de erros.

Os estudantes têm a possibilidade de entender a importância de tratar todos os doentes em conformidade com os locais/procedimentos/política de doentes e protocolos adequados. Esta aprendizagem proporcionaria os benefícios de usar listas de verificação ou protocolos bem como conhecer os princípios para providenciar uma abordagem uniforme no tratamento e na prestação de cuidados a doentes.

Tópico 11: Melhorar a segurança dos medicamentos

A OMS define “Reação adversa de um medicamento” como sendo toda e qualquer reação a um medicamento que seja nociva, não pretendida e que ocorra com doses utilizadas em profilaxia, diagnóstico e terapia. Os doentes estão sujeitos a erros que possam ocorrer nas fases de ordenação, distribuição e administração de medicamentos.

Estudos levados a cabo em vários países mostram que cerca de 1% dos doentes admitidos em hospitais sofrem efeitos adversos relacionados com a administração de medicamentos. Algumas das causas de erros de medicação são as seguintes:

- I) Conhecimento insuficiente dos doentes e do seu estado de saúde.
- II) Conhecimento insuficiente dos medicamentos.
- III) Erros de cálculo.
- IV) Escrita ilegível nas receitas.

V) Confusão relativamente ao nome do medicamento.

VI) Informação insuficiente acerca do contexto em que o incidente ocorre
("Poor history taking")

Líderes na prestação de cuidados de saúde, tais como Tom Nolan, Brent James, Don Berwick, entre outros, têm aplicado princípios de melhoria de qualidade para desenvolver métodos homónimos para clínicos e gerentes de saúde. A identificação e análise de cada fase do processo de prestação de cuidados é o alicerce desta metodologia. Ao examinar cada fase do processo de prestação de cuidados, os alunos começam a entender como cada ramo desta área se interliga com os demais e é passível de ser avaliado. A avaliação do mesmo é crucial para que haja melhorias na segurança dos tratamentos. Este tópico introduz ao aluno os princípios da teoria de melhoria e as ferramentas, atividades e técnicas que podem ser incorporadas no seu treino.

A segurança do doente, tal como se tem vindo a reiterar, é uma questão de preocupação global, o que tem levado ultimamente a que as organizações de cuidados de saúde protestem mais atenção à importância de estabelecer uma cultura de segurança. Para tal, é urgente a promoção de mais formação aos profissionais de saúde, dotando-os de mais literacia na área, o que se traduzirá igualmente numa oportunidade para os profissionais de saúde ficarem mais conscientes, lembrando-se, ao mesmo tempo, das suas obrigações éticas em matéria de segurança do doente, um indicador de qualidade dos sistemas de saúde (Šidlauskienė et al., 2022).

Uma fraca liderança e profissionais com formação inadequada afetam, assim, a segurança dos doentes e dos trabalhadores do setor da saúde. A implementação de uma cultura justa e de aprendizagem é, com razão, uma prioridade para os doentes. Acresce também salientar que o facto de não se aprender com os diferentes grupos ou locais de trabalho significa que uma organização não é capaz de melhorar e garantir a segurança para todos. Embora os profissionais de saúde sejam geralmente considerados infalíveis, quando erram - como todos os seres humanos - o impacto sobre o doente e o próprio profissional de saúde é muitas vezes devastador. O sistema de saúde é extremamente complexo e a prestação de cuidados de saúde baseia-se na segurança dos doentes, que implica evitar danos evitáveis aos doentes durante o processo de prestação de cuidados de saúde e reduzir a um mínimo aceitável o risco de lesões desnecessárias associadas aos cuidados de saúde (Lu et al., 2022).

As instituições de saúde contemporâneas enfrentam um duplo desafio: prestar cuidados de saúde de ponta e manter uma força de trabalho saudável e eficaz para prestar um serviço de elevada qualidade aos doentes. Assim, garantir a segurança dos doentes e o bem-estar do pessoal são objetivos igualmente importantes para as instituições de saúde (Lu et al., 2022). As organizações de saúde com uma forte cultura de segurança caracterizam-se por boas relações entre os profissionais de saúde, confiança mútua e um entendimento comum da importância da segurança dos doentes e da eficácia das medidas preventivas. Neste sentido a literacia em segurança dos doentes é um fator chave para a implementação e garantia de uma cultura de segurança dos doentes. O reforço da literacia em segurança dos doentes é reconhecido como crucial para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, pois os profissionais de saúde devem ter um efetivo conhecimento do potencial de eventos adversos associados aos seu trabalho e compreenderem a necessidade de falar sobre eles e encontrar soluções (Šidlauskienė et al., 2022).

Metodologia

A metodologia de investigação é uma forma de explicar como um investigador tenciona realizar a sua investigação. Trata-se de um plano lógico e sistemático para resolver um problema de investigação. Uma metodologia detalha a abordagem à investigação para garantir resultados fiáveis e válidos que respondam às questões de investigação e objetivos. Inclui os dados que vão ser recolhidos e de onde, bem como a forma como são recolhidos e analisados (Coutinho, 2021).

Adotando uma abordagem de métodos mistos, o presente trabalho evidencia o desafio de construir um sistema de saúde mais seguro, com ênfase particular no aumento da literacia dos profissionais de saúde em relação à segurança dos doentes. Esta abordagem combina métodos qualitativos e quantitativos para proporcionar uma compreensão mais abrangente e multifacetada do tema. A série de estudos incluídos neste trabalho tem como finalidade a promoção da segurança do doente.

Para facilitar a compreensão da sequência e inter-relação destes estudos, apresentamos um esquema figurativo. Este esquema sintetiza a organização e a relação entre as diferentes fases da pesquisa, proporcionando uma visão clara e integrada do processo. A representação detalhada encontra-se na Figura 2, facilitando a visualização e compreensão do desenvolvimento do estudo.

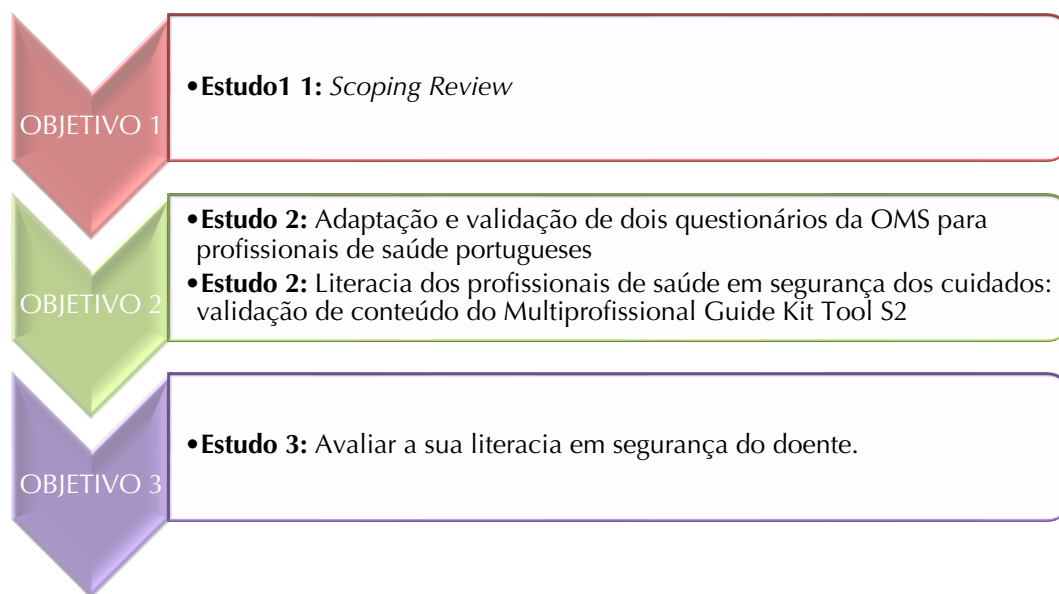


Figura 2 - Associação entre os objetivos e estudos realizados

Estudo 1: Scoping review

Para atender ao primeiro objetivo deste estudo, desenvolveu-se um protocolo para uma scoping review, orientado pelas diretrizes do Joanna Briggs Institute, focando no tema "Patient safety training programs for healthcare professionals", registado no Open Science Framework (OSF) (cf. Anexo 1). Procurámos identificar e sintetizar as evidências disponíveis sobre programas de formação em segurança do doente para profissionais de saúde. Diferindo de uma revisão sistemática, esta scoping review adotou um desígnio mais amplo, utilizando os elementos PCC (População, Conceito e Contexto) para estabelecer critérios de inclusão menos restritivos. A questão de investigação, "**Quais os programas de formação existentes sobre a segurança do doente destinados aos profissionais de saúde, tendo em conta a sua estrutura e respetivos conteúdos?**", foi formulada para explorar a existência, estrutura e conteúdo dos programas de formação em segurança do doente. Uma estratégia sistemática de busca foi aplicada em 12 bases de dados, com descritores estabelecidos através do Medical Subject Headings (MeSH) e outros relevantes, com o foco em artigos de pesquisa primários publicados entre janeiro de 2010 e março de 2020. A abordagem incluiu a extração e síntese de dados, utilizando uma ferramenta de extração desenvolvida especificamente para este propósito e uma metodologia de análise que permitisse a agregação de informações de fontes diversas, tanto quantitativas quanto qualitativas.

Posteriormente, realizou-se a *scoping review* que proporcionou um mapeamento da evidência disponível sobre os programas de formação a profissionais de saúde sobre a segurança do doente. Esta metodologia possibilitou mapear os conceitos principais implícitos ao tema; clarificar definições e conceitos desse mesmo tema; identificar lacunas na evidência existente; sintetizar e divulgar resultados de pesquisa (Mak & Thomas, 2022). Esta metodologia é uma abordagem cada vez mais comum para informar a tomada de decisões e a investigação com base na identificação e análise da literatura sobre um determinado tópico ou questão. As *scoping reviews* baseiam-se em provas provenientes de qualquer metodologia de investigação e podem também incluir evidências provenientes de fontes não relacionadas com a investigação, como políticas. Desta forma, fornecem uma visão global para abordar questões de análise mais amplas do que as análises sistemáticas tradicionalmente mais específicas da eficácia ou das evidências qualitativas. A crescente popularidade das *scoping reviews* foi acompanhada pelo desenvolvimento de uma diretriz para a elaboração de relatórios: o PRISMA-ScR. Em 2014, o *JBIR Scoping Review Methodology Group* desenvolveu orientações para as *scoping reviews* que receberam pequenas atualizações em 2017 e foram atualizadas em 2020. As atualizações refletem desenvolvimentos contínuos e substanciais nas abordagens à realização e comunicação de *scoping review* (Peter et al., 2020).

Por conseguinte, para o desenvolvimento da *scoping review* seguiu-se as *guidelines* propostas pelo JBI (Peter et al., 2020), que seguem o enquadramento metodológico que consiste na definição da questão de investigação; identificação dos estudos relevantes; seleção dos estudos; caracterização e síntese dos resultados. Ao contrário de outras análises que tendem a abordar questões relativamente precisas (como uma revisão sistemática da eficácia de uma intervenção avaliada através de um conjunto predefinido de resultados), as *scoping reviews* podem ser utilizadas para mapear os conceitos-chave que sustentam um campo de investigação, bem como para clarificar definições de trabalho e/ou os conceitos de um tópico (Peter et al., 2020).

Tendo por base as potencialidades de uma *scoping review*, seguiu-se esta metodologia para mapear e identificar os fatores determinantes da saúde no abandono escolar dos

estudantes no ensino superior, bem como esclarecer conceitos/definições-chave inerentes ao fenómeno em estudo e avaliar se existem lacunas de conhecimento. Para tal, seguiram-se as etapas para a elaboração de uma *scoping review*:

“1. Formular uma questão de revisão; 2. Definir critérios de inclusão dos Estudos; 3. Localizar os registos através da pesquisa; 4. Selecionar os estudos/artigos/documentos para inclusão; 5. Avaliar a qualidade metodológica dos estudos/artigos/documentos; 6. Extrair os dados; 7. Analisar e sintetizar os estudos relevantes; 8. Apresentar e interpretar os resultados, incluindo potencialmente um processo para estabelecer a validação do corpo de evidências” (Amendoeira, 2022, p. 5).

Em suma, e de acordo com os Institutos Canadianos de Investigação em Saúde, as *scoping reviews* são “projetos exploratórios que mapeiam sistematicamente a literatura disponível sobre um tópico, identificando conceitos-chave, teorias, fontes de provas e lacunas na investigação” (Grimshaw, 2020, p.34). Estas são particularmente úteis quando a literatura é complexa e heterogénea e podem fornecer informações úteis aos decisores sobre a natureza de um conceito e a forma como esse conceito tem sido estudado na literatura ao longo do tempo (Grimshaw, 2020). Podem ser utilizadas para desenvolver uma agenda de investigação, fazer avançar o campo e identificar áreas para futuras revisões sistemáticas ou outros tipos de síntese de evidências. Os decisores, em particular, consideram que este método de síntese de evidências fornece uma visão geral útil da investigação anteriormente realizada e relatada na literatura, muitas vezes no que diz respeito aos tipos de programas ou intervenções que foram avaliados, informando as opções a considerar na investigação futura (Grimshaw, 2020).

Dada a escassez de literatura referente aos programas de formação sobre a segurança do doente destinados aos profissionais de saúde, a *scoping review* foi considerada o método mais apropriado para realizar este estudo. Como alguns destes programas podem estar em diretivas, teses ou manuais, optou-se por esta tipologia de revisão como estratégia para identificar e resumir os principais conceitos subjacentes ao tema em estudo, a fim de responder à pergunta específica e identificar lacunas. Seguindo-se a estrutura proposta por Arksey e O'Malley (2005): (i) identificou-se a questão da pesquisa, como se apresenta seguidamente; (ii) pesquisaram-se estudos relevantes; (iii) selecionaram-se estudos; (iv) foram mapeados os dados; e (v) reuniram-se e resumiram-se os resultados.

Com critérios de inclusão, correspondentemente menos restritivos, formulou-se a seguinte pergunta de partida, baseada nos elementos PCC (*Population, Concept and Context*; População, Conceito e Contexto):

- *Quais os programas de formação existentes sobre a segurança do doente destinados aos profissionais de saúde, tendo em conta a sua estrutura e respetivos conteúdos?*

Esta questão deixa a população bastante “aberta” e implica que qualquer profissional de saúde será adequado para a inclusão, desde que tenha participado num programa sobre a segurança do doente. A intervenção também fica “aberta” a qualquer tipo de programa sobre segurança do doente e não estipula que haverá qualquer tipo de medição dos resultados ou comparação envolvidos. O “conceito” desta *scoping review* (programas de formação sobre segurança do doente) também é amplo e pode abranger qualquer tipo de resultado, desde que seja um programa de segurança do doente destinado a profissionais de saúde. Na supracitada questão, o ‘contexto’ também é deixado em “aberto”, portanto as evidências podem vir de qualquer contexto (por exemplo, geográfico, organização hospitalar, serviço, categoria profissional, entre outros).

Devido à ampla natureza das *scoping review*, estas são particularmente úteis para reunir evidências de fontes díspares ou heterogéneas. Como tal, nesta *scoping review* foram incluídos os tipos de evidências (quantitativa e/ou qualitativa) que permitiram determinar

o que estava disponível acerca dos programas de formação existentes sobre a segurança do doente destinados aos profissionais de saúde, tendo em conta a sua estrutura e respetivos conteúdos, excluindo-se artigos de opinião, os que tinham como participantes ou foco de estudo estudantes da área da saúde, bem como citações relacionadas com revisões sistemáticas, pareceres, congressos e resumos. Excluíram-se também os estudos que se encontravam duplicados nas várias bases de dados consultadas, bem como aqueles que tinham apenas disponíveis os resumos e os que se encontravam noutra idioma que não o português, inglês e espanhol.

Foram pesquisados 12 bancos de dados para revisão de estudos relacionados com os programas de formação sobre a segurança do doente destinados aos profissionais de saúde, tendo em conta a sua estrutura e respetivos conteúdos, datados entre janeiro de 2010 a março de 2020: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost - Research Databases; World Health Organization, Google Académico, BVS – Biblioteca Virtual da Saúde, PubMed, B-On, RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

A estratégia inicial de pesquisa usou termos de pesquisa mapeados para o *Medical Subject Headings* (MeSH), no entanto, devido às limitações dessa estratégia, principalmente porque não há termo MeSH relacionado com os programas de formação e porque o termo "segurança do doente" foi adotado apenas pelo MeSH em 2012, uma pesquisa combinada foi aplicada a estratégia de termos e palavras existentes em *abstracts* de vários textos. Portanto, a estratégia de pesquisa consistia nos seguintes termos: "patient safety" AND "training" AND "Health professionals". A pesquisa foi limitada a artigos de pesquisa primários publicados em inglês desde janeiro de 2010 a março de 2020.

O texto completo de cada artigo foi revisto para determinar se satisfazia os critérios de inclusão do estudo por dois revisores com análises independentes e posterior análise de consensos e divergências discussões entre ambos para obter consenso sobre a exclusão de artigos.

Após este processo, os registos identificados pelas bases de dados foram 3210, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Estudos que foram identificados a partir da introdução dos descritores

	Motor de busca científica	Descritores	Período temporal	Limitadores	Resultados
S1	EBSCO (CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina)	(patient safety) AND (training) AND (Health professionals)	Entre 1 de janeiro de 2010 e 10 de março de 2020	Participantes de ambos os sexos, com idade ≥ 20 anos; Estudos em humanos	1091
S3	Google Académico	(patient safety) AND (training) AND (Health professionals)	Entre 1 de janeiro de 2010 e 10 de março de 2020	Participantes de ambos os sexos, com idade ≥ 20 anos; Estudos em humanos	1197

S4	BVS – Biblioteca Virtual da Saúde	(patient safety) AND (training) AND (Health professionals)	Entre 1 de janeiro de 2010 e 10 de março de 2020	Participantes de ambos os sexos, com idade ≥ 20 anos; Estudos em humanos	91
S5	PubMed	(patient safety) AND (training) AND (Health professionals)	Entre 1 de janeiro de 2010 e 10 de março de 2020	Participantes de ambos os sexos, com idade ≥ 20 anos; Estudos em humanos	410
S6	B-On	(patient safety) AND (training) AND (Health professionals)	Entre 1 de janeiro de 2010 e 10 de março de 2020	Participantes de ambos os sexos, com idade ≥ 20 anos; Estudos em humanos	151
S7	RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal	(patient safety) AND (training) AND (Health professionals)	Entre 1 de janeiro de 2010 e 10 de março de 2020	Participantes de ambos os sexos, com idade ≥ 20 anos; Estudos em humanos	270

Removeram-se 369 duplicados; 14 artigos que apenas tinham disponíveis os resumos; 21 que não se encontravam nos referidos idiomas selecionados; excluíram-se 814 por se tratar de editoriais, comentários e textos de opinião. Foram também excluídos 885 porque apenas tinham como participantes estudantes da área da saúde, particularmente estudantes de enfermagem e 1100 artigos que estudavam as perceções dos profissionais de saúde acerca da segurança do doente, sem referência a programas de formação, ficando incluídos nesta revisão 7 artigos.

Após este processo faz-se referências aos estudos selecionados, através de uma descrição do processo de decisão figurado no fluxograma de decisão de identificação e inclusão dos estudos (cf. Figura 3).

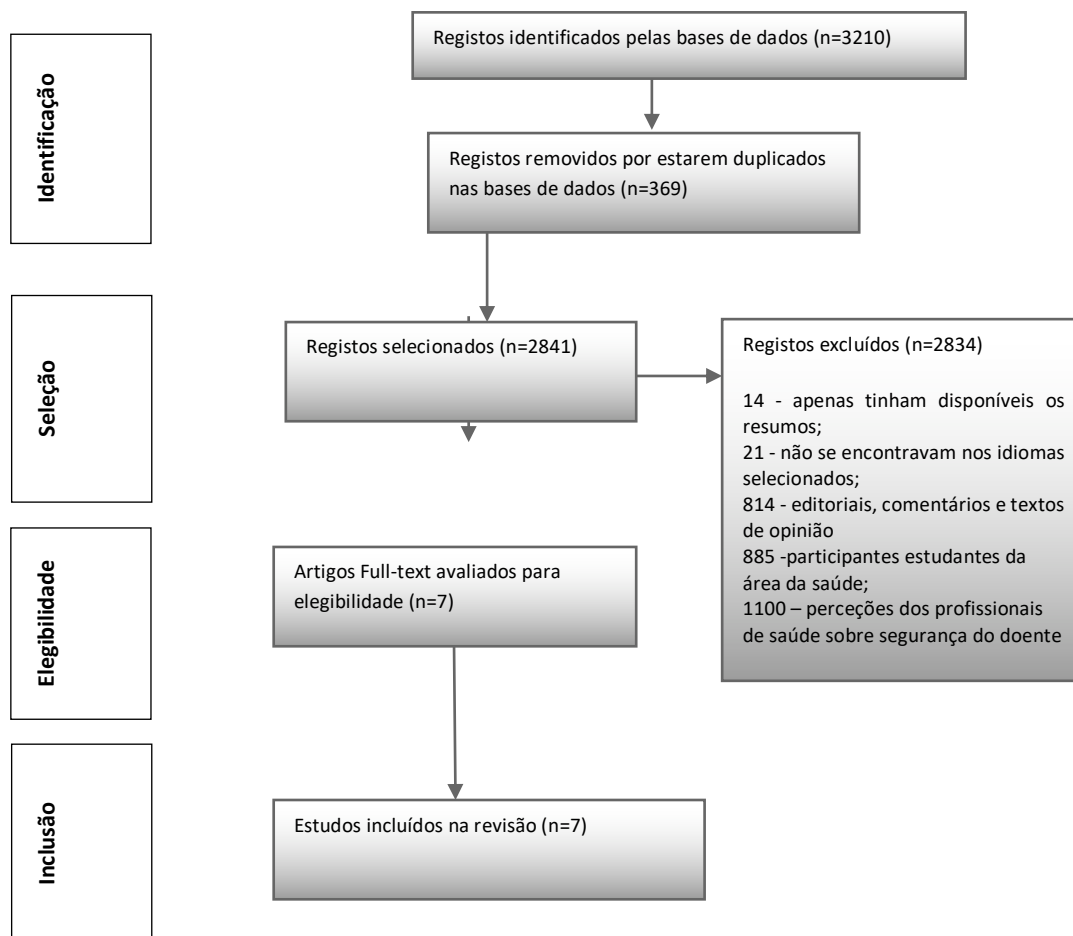


Figura 3 - Diagrama com o processo de seleção dos estudos (PRISMA)

Apresentação e análise dos resultados

A etapa seguinte consistiu num resumo narrativo onde se descrevem os objetivos ou finalidades dos artigos incluídos no *corpus* de análise, conceitos adotados e resultados relacionados com a questão de partida da revisão. Os resultados foram classificados nas principais categorias conceituais, tais como: “tipo de estudo”, “participantes” (e tamanho da amostra, se for o caso), “objetivos”, “metodologia adotada”, “evidências estabelecidas”, sendo apresentada para cada categoria uma explicação clara. Esta seção inclui uma descrição geral das fontes incluídas, com referência a uma tabela detalhada das características de cada estudo incluído que consta da ferramenta de extração de dados. Deste modo, os resultados são apresentados numa tabela síntese dos estudos incluídos, seguindo-se as sugestões do JBI (2019), segundo o qual a apresentação dos resultados pode mapear o material revisto de uma forma lógica, diagramática ou tabular e/ou em formato descritivo, desde que esteja em consonância com o objetivo da revisão. Os quadros mostram os resultados como: distribuição dos estudos por título, autor(es), ano de publicação e país de origem (cf. Quadro 2).

Quadro 2 - Tabela resumo de caracterização dos artigos

Código	Título	Autor(es)	Ano de publicação	País
A02	Building capacity and capability for patient safety education: a train-the-trainers programme for senior doctors	Ahmed, M., Arora, S., Baker, P., Hayden, J., Vincent, C., & Sevdalis, N.	2013	Inglaterra
A01	Implementation of a patient safety program at a tertiary health system: A longitudinal analysis of interventions and serious safety events	Cropper, D.P., Harb, N.H., Said, P.A., Lemke, J.H. & Shammas, N.W.	2018	Estados Unidos da América
A06	The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial	Amiri, M., Khademian, Z., & Nikandish, R.	2018	Irão
A03	Advancing the status of nursing: reconstructing professional nursing identity through patient safety work	Heldal, F., Kongsvik, T., & Håland, E.	2019	Noruega
A05	Implementation of patient safety centers and the healthcare-associated infections	Cavalcante, E.F.O. de, Pereira, I.R.B.O. de, Leite, M.J.V.F. de, Santos, A.M.D., & Cavalcante, C.A.A.	2019	Natal, Brasil
A07	Patient Safety and Quality of Care are Everybody's Business: Evaluating the Impact of a Continuing Professional Development Program beyond Satisfaction	Luconi, F., Boillat, M., Mak, S., Chartrand, D., Korah, N., Daly, M., Teferra, M., & Gutberg, J.	2019	Toronto, Canadá
A04	VA Patient Safety Fellowships	VA National Center for Patient Safety	2020	Estados Unidos da América

A análise dos resultados tem como objetivo contribuir para a divulgação das evidências disponíveis ao nível dos programas de formação existentes para profissionais de saúde

sobre a segurança do doente, tendo em conta a sua estrutura e respetivos conteúdos, como exposto nos quadros seguintes. Importa referir que a tabela de extração foi adaptada para o presente estudo, mas teve como guia o Formulário de extração do JBI.

No Quadro 3, apresentamos uma síntese dos principais resultados dos estudos analisados, categorizados em termos de tipo de estudo, objetivos, participantes, metodologia e as evidências estabelecidas. Sobressai, em diversos contextos geográficos e formatos de estudo, a implementação de programas de segurança do doente que abordam tanto a prática quanto a formação profissional, com foco em intervenções estruturadas e no desenvolvimento de competências específicas. Dentre as evidências mais salientes, destaca-se o aumento significativo no conhecimento e na adesão a práticas de segurança do doente, evidenciando uma clara influência positiva dos programas formativos na qualidade dos cuidados de saúde e no comportamento profissional dos envolvidos.

Quadro 3 - Síntese das evidências relativas aos estudos

Estudos	Tipo de estudo	Objetivo do estudo	Participantes	Metodologia adotada	Evidências estabelecidas
Código A01	Descritivo, prospetivo longitudinal	Verificar se a implementação de um programa de segurança do doente baseado em princípios de organização de alta confiabilidade reduz os eventos graves ao nível da segurança do doente	Profissionais de saúde	Implementação de um programa de segurança centrado em 7 elementos essenciais: (a) <i>rounding</i> de segurança do doente, (b) equipas de supervisão de segurança do doente (c) grupos de segurança do doente, (d) formadores ao nível da segurança do doente, (e) boas práticas de segurança do doente, (f) educação sobre a segurança do doente e (g) <i>red rule</i> (regra vermelha). Foi implementado um currículo educacional com foco na mudança de comportamentos de alto risco e na implementação de políticas críticas de segurança do doente. Todas as ocorrências incomuns foram recolhidas através do sistema Midas e investigadas por especialistas em risco do doente, o responsável pela segurança do doente e um médico chefe. Um comité multi-departamental avaliou esses eventos e uma análise de causa. Os eventos foram tabulados e o evento de segurança grave foi gravado e seguido ao longo do tempo. Os casos de sucesso de segurança do doente também foram avaliados ao longo do tempo (9 anos).	Registou-se um aumento significativo no sucesso dos elementos que constituíam o programa ao longo de 9 anos. Também foi evidente um aumento na segurança do doente, refletindo o envolvimento da equipa do e no programa. A mudança de comportamentos e a implementação de várias intervenções de segurança sugerem que o programa foi bem-sucedido, alcançando-se os seus objetivos. O sucesso do programa de treino ao nível da segurança do doente revela que os profissionais de saúde adquiriram as habilidade e conhecimentos certos, valores e comportamentos para garantir a segurança do doente, o que sustenta a recomendação de implementação de programas de formação para os profissionais de saúde.
Código A02	Descritivo, prospetivo longitudinal	Desenvolver, implementar e avaliar um programa de formação para médicos seniores, a fim de estes se tornarem líderes do corpo docente no que se refere à segurança do doente	216 médicos seniores, recrutados em 20 hospitais na North Western Deanery, Inglaterra, Reino Unido.	A intervenção compreendeu um curso/formação ao nível da segurança do doente. Os participantes foram convidados a inscreverem-se no programa de segurança do doente para estagiários de toda a região, denominado 'Lessons Learnt'. A avaliação incluiu o estudo longitudinal prospetivo realizado entre 2010-2012. A segurança do doente, os conhecimentos, as atitudes e as habilidades foram avaliadas pré e pós-curso de formação, a avaliação final ocorreu 8 meses após o curso.	Dos 216 médicos seniores que se voluntariam, 122 foram nomeados para o corpo docente de formação em segurança do doente intra-hospitalar. Os participantes relataram altos níveis de satisfação com a formação. Os scores do conhecimento sobre a segurança do doente melhoraram significativamente após a formação (pré-formação 70%, depois da formação=80%, $p<0,001$) e foram mantidos ao longo dos 8 meses (após 8 meses da formação=90%). Similarmente, as medidas de atitudes e habilidades de segurança autorreferidas também melhoraram significativamente pós-formação. Após a conclusão da formação, 88/122 (72%) participantes promoveram 213 sessões do programa formativo 'Lessons Learnt', entre janeiro

					de 2011 a julho de 2012 (média 2, intervalo de 1 a 8 sessões). A satisfação dos estagiários com o corpo docente, no que se refere à implementação do programa de formação, foi significativamente elevada. As evidências revelam que o treino em segurança do doente resultou em práticas mais positivas, quer para os docentes (médicos), quer para os estagiários.
Código A03	Qualitativo, longitudinal, observacional, exploratório-descriptivo	Verificar de que modo a implementação de um programa de segurança do doente pode ser interpretado como um desafio à identidade profissional dos enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar.	10 enfermeiros e 3 gestores hospitalares	Investigação qualitativa da implementação de um programa de segurança do doente na Noruega, prestando especial atenção às mudanças nas práticas e valores dos enfermeiros. Com base numa amostragem intencional, foram realizadas duas entrevistas em grupo, quatro entrevistas individuais e cinco horas de estudos observacionais num serviço hospitalar. As entrevistas foram realizadas em consultórios do hospital e as observações foram realizadas <i>in situ</i> . Os dados foram analisados de acordo com a geração de significados <i>ad hoc</i> .	Emergiram as seguintes categorias analíticas: reconstrução da confiança, reconstrução do trabalho, reconstrução de valores e reconstrução do <i>status</i> profissional. O programa de segurança do doente envolveu uma mudança nas decisões relacionadas com a segurança do doente, deixando de se basear tanto no julgamento profissional para se basear mais no sistema. Algumas atividades de segurança do doente que antes eram invisíveis e tácitas tornaram-se mais visíveis. O programa de segurança do doente envolveu atividades que estavam mais de acordo com o discurso da “cura” do que o trabalho tradicional de “cuidado” de enfermagem. Tudo isto implicou um aumento do <i>status</i> profissional percebido entre os enfermeiros. O programa de segurança foi - ao contrário da resistência "normal" contra os sistemas de auditoria - bem recebido por causa do aumento do <i>status</i> profissional percebido entre os enfermeiros.
Código A04	Documental	Informação sobre bolsas de estudo para formação em segurança do doente, propostas pelo <i>VA National Center for Patient Safety</i> , em cooperação com o <i>VA Office of Academic Affiliations</i> .	Médicos após o internato, profissionais de saúde em pós-doutoramento ou pós-mestrado, como: enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, administrativos.	Investigação documental	A bolsa de estudo com a duração de um ano foi projetada para desenvolver uma geração de líderes em segurança do doente. Os bolsistas recebem formação/treino intensivo em aspetos clínicos de segurança do doente, metodologia de pesquisa em serviços de saúde e liderança. Esta bolsa está a ser implementada em Ann Arbor, Michigan, Indianapolis, Indiana, Lexington, Kentucky, Milwaukee, Wisconsin, Philadelphia, Pennsylvania, Pittsburgh, Pennsylvania, Tampa, Florida, White River Jct., Vermont.
Código A05	Estudo quantitativo e transversal.	Verificar a implementação do Núcleo de Segurança do Doente, decorrente de um programa de segurança do	28 profissionais controladores de	Estudo surgiu da pesquisa “A interface entre a prevenção e o controlo de infeções nos serviços de saúde e a segurança do doente e funcionários”. Os	Implementação do Núcleo de Segurança do Doente em nove hospitais. Dentre os protocolos implementados, destacaram-se a identificação do

		doente, e a sua relação com o controlo das infeções associadas com os cuidados de saúde nos hospitais de Natal	infeção de 12 hospitais.	dados foram recolhidos entre fevereiro e agosto de 2017 através de um questionário para os profissionais que atuam ao nível das Comissões de Controlo de Infeção Hospitalar de cada instituição hospitalar que fez parte do estudo. Foram analisadas variáveis relativas ao “Programa Nacional de Segurança do Doente”: implementação do centro de segurança do doente; presença de protocolos de segurança do doente; presença de mecanismos para identificar, avaliar e corrigir problemas nos procedimentos; presença de mecanismos para identificar, avaliar e corrigir problemas no uso de equipamentos, medicamentos e suprimentos; desenvolvimento de atividades de treino sobre segurança do doente e qualidade dos cuidados de saúde; colaboração da equipa de enfermagem em vigilância e gestão de riscos; ações de gestão de riscos de acordo com os serviços de saúde prestados em cada instituição, estabelecidos no plano do programa; comunicação de danos/eventos adversos à ANVISA.	doente (66,70%), higiene das mãos (50%) e a prevenção de quedas (50%). Os hospitais com Núcleo de Segurança do Doente afirmaram desenvolver atividades de capacitação em segurança do doente com os profissionais; 44,5% realizavam comunicação efetiva. Apesar de as ações implantadas não cumpram integralmente as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a maioria dessas ações tem relação direta com o controlo das infeções nos serviços.
Código A06	Estudo controlado randomizado	Determinar o efeito de capacitar enfermeiros e supervisores através meio de um programa de formação sobre a cultura de segurança do doente internado em Unidades de Cuidados Intensivo	48 enfermeiros e 13 supervisores de enfermagem de 6 Unidades de Cuidados Intensivos do Hospital Namazi, Shiraz, Irão, distribuídos aleatoriamente nos grupos experimental e controlo. Ambos os grupos eram homogéneos em termos de idade, sexo, estado civil, escolaridade.	A intervenção consistiu num <i>workshop</i> de dois dias (8 h). Os dados foram recolhidos com recurso a uma pesquisa hospitalar sobre cultura de segurança do doente. Avaliação pré e pós-teste entre abril e setembro de 2015 em. O <i>workshop</i> incluiu formação sobre a segurança e cultura de segurança do doente, apresentação de casos práticos com situações de ameaça à segurança do doente, apresentação de estratégias e ferramentas da equipa para melhorar o desempenho e a segurança do doente propostas pelo Team STEPPS, desenvolvido pela <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> (AHRQ) que visa garantir a melhoria dos resultados da segurança do doente. O <i>workshop</i> consistiu em palestras, discussão em grupo e apresentação de cenários possíveis de risco. Além disso, foram afixados pósteres com textos e gráficos (relacionados com as habilidades do Team STEPPS, comunicação e cultura de segurança do doente) nas paredes das Unidades de Cuidados Intensivos do grupo experimental por um período de 6 semanas. Nas 6 semanas seguintes, em cada semana era entregue	No grupo experimental, a pontuação total média pós-teste da cultura de segurança do doente ($3,46 \pm 0,26$) foi significativamente maior que a do grupo de controlo ($2,84 \pm 0,37$, $p < 0,001$), sendo também superior ao pré-teste ($2,91 \pm 0,4$, $p < 0,001$). No entanto, dimensões como resposta não punitiva a erros e os eventos adversos relatados não melhoraram significativamente. Capacitar enfermeiros e supervisores pode melhorar a cultura de segurança do doente. Contudo, são necessárias ações adicionais para melhorar áreas como relato de eventos adversos e resposta não punitiva a erros.

				aos enfermeiros do grupo experimental um panfleto, cujo conteúdo incluía comunicação, apoio mútuo, monitorização da situação, liderança, comunicação e cultura de segurança do doente. A recolha de dados foi feita com recurso à versão persa do <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC), desenvolvido pelo AHRQ	
Código A07	Estudo descritivo, longitudinal	Estudar a implementação e avaliação do impacto da implementação de um programa de Desenvolvimento Profissional Contínuo focado na formação e na prática de profissionais de saúde no que se refere à segurança do doente, níveis de satisfação, utilidade, conhecimento, confiança, intenção de mudar os comportamentos e transformações ao nível da prática profissional.	77 profissionais de saúde	<i>Workshops</i> ao vivo para profissionais de saúde entre 2014 e 2016, onde decorreu o programa de formação sobre a segurança do doente. Aplicação longitudinal de quatro questionários para triangulação de dados.	Registo de elevada satisfação e um aumento significativo ao nível do conhecimento e da confiança imediatamente após os <i>Workshops</i> . A intenção de alterar as práticas profissionais e o comportamento revelaram-se significativamente elevados após os <i>Workshops</i> . A norma moral e as crenças sobre as consequências de práticas incorretas no que se refere à segurança do doente foram consistentemente classificadas como os fatores mais influentes na intenção dos participantes em mudar os seus comportamentos, enquanto a influência social foi consistentemente classificada como o fator menos influente. Nos <i>Workshops</i> , os participantes esperavam melhorar a comunicação, aumentando o seu conhecimento sobre a segurança do doente, através da aplicação dos conteúdos aprendidos e formação de trabalho em equipa. As barreiras comumente previstas para a implementação prática total da formação recebida incluíram a falta de recursos, os stressores ambientais e o clima/cultura organizacional. Estas barreiras foram confirmadas após seis meses, onde os participantes relataram implementar parcialmente 78% (18/23) das metas do programa. Este estudo mostrou a viabilidade de desenvolver e implementar uma intervenção eficaz de segurança do doente como apoio ao nível do conhecimento dos profissionais de saúde nos cuidados prestados, confiança e mudança relatada pelos mesmos no ensino e na prática no que se refere à segurança do doente.

No Quadro 4 são detalhadas as medidas de intervenção implementadas nos estudos selecionados, focadas nos indicadores de cuidados centrados no doente e na segurança do mesmo. As intervenções abrangem uma série de práticas inovadoras e estratégicas, como o *rounding* de segurança do doente, a criação de equipas de supervisão e grupos focados na segurança, a disponibilização de formadores especializados, e a implementação de políticas e currículos educacionais voltados para a segurança. Estes elementos são cruciais para a promoção de um ambiente clínico seguro e para o fortalecimento da cultura de segurança do doente, com estudos a demonstrar impactos positivos significativos na prática clínica e na gestão de riscos em saúde.

Quadro 4 - Medidas de intervenção dos estudos incluídos - Indicadores de cuidados centrados no doente – segurança do doente

	Medidas de intervenção	Estudos
Indicadores de cuidados centrados no doente – segurança do doente	<p><i>Rounding</i> de segurança do doente</p> <p>Formação de equipas de supervisão de segurança do doente</p> <p>Criação de grupos de segurança do doente</p> <p>Disponibilidade de formadores ao nível da segurança do doente</p> <p>Estabelecimento de uma <i>Red rule</i> (regra vermelha)</p> <p>Implementação de currículo educacional com foco na mudança de comportamentos de alto risco</p> <p>Implementação de políticas críticas de segurança do doente</p> <p>Presença de protocolos de segurança do doente</p>	A01 A03 A05
	<p>Curso/formação ao nível da segurança do doente - 'Lessons Learnt' - promoção de aprendizagens partilhadas entre grupos de pares sobre a segurança do doente</p> <p>Registo dos incidentes reportados pelos estagiários por parte dos formadores envolvidos de acordo com as suas próprias áreas clínicas</p> <p>Sessões mensais ministradas por um médico sénior (60 minutos cada) num fórum</p> <p>Análise do grupo de pares e discussão de um incidente de segurança ou erro ocorrido no local de trabalho, tendo por base um incidente validado num protocolo de análise</p> <p>A avaliação do curso compreendeu um estudo longitudinal prospetivo conduzido ao longo de 2 anos, com realização de testes</p>	A01 A02 A03 A05
	<p>Seguimento de uma equipa de enfermagem por aproximadamente quatro meses</p> <p>Aplicação de entrevistas qualitativas</p> <p>Observação <i>in loco</i></p> <p>Momentos de reflexão conjunta para explorar as experiências dos enfermeiros acerca da implementação do programa de segurança do doente de um ponto de vista holístico: diferentes tipos de mudanças ocorridas nas práticas dos enfermeiros e <i>status</i> em relação à segurança do doente, reconstruindo a confiança, as práticas e os valores; verificar os incidentes adversos mais prevalentes; verificar as notificações de eventos adversos; constatar quais os determinantes que influenciam a notificação de eventos adversos; os benefícios que advêm da notificação para o doente, tendo em conta que notificação de eventos adversos é um dos aspetos centrais para a qualidade dos cuidados centrados no doente e garantia da sua segurança</p>	A01 A03 A05

	<p>Presença de protocolos de segurança do doente</p>	
	<p>A bolsa de estudo interprofissional com a duração de um ano para desenvolver uma geração de líderes em segurança do doente: formação/treino intensivo em aspetos clínicos de segurança do doente, metodologia de pesquisa em serviços de saúde e liderança; desenvolver planos de segurança do doente com orientação de um mentor especialista; desenvolver e aplicar novos conhecimentos para a melhoria contínua da qualidade; cuidados centrados no doente, mudança sustentada da cultura organizacional</p>	<p>A04</p>
	<p>Implementação do Núcleo de Segurança do Doente Presença de protocolos de segurança do doente: identificação do doente; higienização das mãos, segurança cirúrgica; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, prevenção de quedas dos doentes, prevenção de úlceras por pressão. Existência de mecanismos de identificação, avaliação e correção de problemas nos procedimentos realizados. Existência de mecanismos de identificação, avaliação e correção de problemas na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos. Realização de atividades de capacitação em segurança do doente e qualidade em serviços de saúde junto dos profissionais. Colaboração com a equipa de enfermagem na vigilância e na gestão de risco. Ações de gestão de risco de acordo com os serviços de saúde prestados em cada instituição, estabelecidas no Plano de Segurança do Doente. Realização de notificação de erros/eventos adversos na ANVISA. Atividades de capacitação dos profissionais em segurança do doente e qualidade nos serviços de saúde: mecanismos de identificação, avaliação e correção de problemas nos procedimentos realizados; Participação ativa dos enfermeiros na vigilância e gestão de riscos.</p>	<p>A01 A03 A05</p>
	<p>O programa de capacitação educacional: <i>workshop</i> de dois dias (8 horas), seguido de cartazes pendurados e distribuição de panfletos educativos para os enfermeiros e supervisores nos seus locais de trabalho. O <i>workshop</i> incluiu educação sobre a segurança do doente, cultura de segurança do doente, falar abertamente sobre uma situação de ameaça à segurança do doente Validação de <i>skills</i> através do <i>Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety</i> (TeamSTEPPS), desenvolvido pela <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> (AHRQ) para melhorar os resultados dos doentes, incluindo: habilidades de comunicação, liderança, apoio mútuo e monitorização situacional. O <i>workshop</i> consistiu numa palestra, discussão em grupo e apresentação de cenários. Além disso, alguns cartazes (relacionados com as habilidades TeamSTEPPS relativas à cultura de segurança do doente) foram colocados nas paredes das unidades onde os doentes se encontravam internados, por um período de 6 semanas. Durante as 6 semanas seguintes, todas as semanas, um folheto foi entregue aos enfermeiros. O conteúdo dos panfletos incluía a comunicação, o apoio mútuo, monitorização da situação, liderança, cultura de segurança do doente.</p>	<p>A06 A07</p>

	Implementação de seis domínios da <i>Canadian Patient Safety Institute</i> : 1. Contribuir para uma cultura de segurança; 2. Trabalhar em equipas de segurança do doente; 3. Comunicar com eficácia; 4. Gerir os riscos de segurança; 5. Otimizar os fatores humanos e ambientais; 6. Reconhecer, responder e divulgar eventos adversos	
--	---	--

Análise e discussão dos resultados

Nas últimas décadas tem-se dado maior atenção à segurança do doente nos cuidados de saúde. Todavia, nem toda essa atenção ocorre na forma de programas que visam mudar os comportamentos dos profissionais de saúde. De acordo com Luconi et al. (2019), os profissionais de saúde sentem necessidade de formação através de programas de segurança do doente, os quais se assumem como um desafio à própria identidade profissional. É consensual aos estudos analisados que se deve fornecer aos profissionais de saúde e líderes de saúde informações, ferramentas e técnicas para criar uma forte cultura de segurança do doente nas suas organizações.

O desenvolvimento de programas de segurança do doente para os profissionais de saúde garante-lhes ferramentas e técnicas para reconhecerem incidentes adversos induzidos pelo sistema/prática profissional; reconhecer fatores humanos relacionados com a segurança do doente, como as habilidades não técnicas ou o cansaço; compreender processos clínicos de alto risco; desenvolver estratégias que influenciem e aprimorem a cultura de segurança do doente; promover a comunicação, o trabalho em equipa e a cultura organizacional no que se refere à segurança do doente; analisar outros tópicos característicos e emergentes em segurança do doente; desenvolver propostas de projetos de melhoria da segurança do doente, permitindo que os profissionais de saúde consolidem o seu conhecimento, liderando iniciativas de melhoria da segurança do doente (Ahmed et al., 2013; Amiri et al., 2018; Luconi et al., 2018; VA National Center for Patient Safety, 2020).

Ficou demonstrada a efetividade de programas de formação presencial em formato de *Workshops*, onde os profissionais de saúde podem adquirir mais literacia em segurança do doente e tornarem-se agentes de segurança do doente. Este tipo de programas permite que os profissionais de saúde tenham um tempo e espaço dedicados para uma experiência intensiva de aprendizagem focada na segurança do doente, com a oportunidade de interagirem e aprenderem simultaneamente com os seus pares (Luconi et al., 2019).

A corroborar, na Noruega, tal como evidencia o estudo de Heldal et al. (2019), a implementação de um programa de segurança do doente, resultou no fortalecimento do *status*/identidade profissional de enfermagem, proporcionando também a reconstrução da confiança, do trabalho e de valores na área da segurança do doente. Nos Estados Unidos da América estão a ser implementadas bolsas de estudo com a duração de um ano para desenvolver uma geração de líderes em segurança do doente, proporcionado formação/treino intensivo em aspetos clínicos de segurança do doente, metodologia de pesquisa em serviços de saúde e liderança, sendo este também um meio para promover formação sobre a segurança do doente destinados aos profissionais de saúde (VA National Center for Patient Safety, 2020).

Um outro formato de programa de formação em segurança do doente destinado a profissionais de saúde é reportado por Ahmed et al. (2013), mais concretamente no Reino Unido. Tratou-se de um curso/formação ao nível da segurança do doente destinado a médicos seniores, que foram convidados a inscreverem-se no programa de segurança do doente para estagiários de toda a região, denominado 'Lessons Learnt', cuja avaliação incluiu o estudo longitudinal prospetivo realizado entre 2010-2012. A segurança do doente, os conhecimentos, as atitudes e as habilidades foram avaliadas pré e pós-curso de

formação, a avaliação final ocorreu 8 meses após o curso. Os resultados revelam que os participantes indicaram altos níveis de satisfação com a formação, com melhoria significativa de scores do conhecimento sobre a segurança do doente após a formação. As medidas de atitudes e de habilidades de segurança também melhoraram significativamente pós-formação. Ficou demonstrado que a formação dada aos médicos seniores em segurança do doente é viável e eficaz como meio de capacitação de treino nesta área tão emergente. Os autores, face aos resultados apurados, sugerem a replicação deste programa de formação para outras áreas profissionais, em contexto hospitalar, como forma de se assegurar cuidados de saúde de qualidade.

A formação dos profissionais de saúde em segurança do doente interfere na identificação de prioridades profissionais, nas práticas de trabalho e no que é considerado conhecimento válido e, portanto, na própria identidade profissional, tida como uma consciência do papel e das funções que se desempenha ou se espera que desempenhe num determinado contexto como membro de uma classe profissional (Dadich & Doloswala, 2018). Apesar da avaliação da qualidade dos cuidados prestados seja considerada desafiadora, existem esquemas de avaliação de prevalência para os problemas como as úlceras por pressão e risco de quedas, áreas que envolvem o trabalho de segurança do doente e que devem ser parte integrante de programas de formação para os profissionais de saúde (Cavalcante et al., 2019). Como tal, é fundamental a implementação de programas de formação destinados aos profissionais de saúde, como formas de monitorizar, avaliar e garantir a segurança do doente (Castle & Ferguson, 2010), pressuposto estes corroborados pelos estudos analisados, nomeadamente Cropper et al. (2018), Luconi et al. (2019) e Heldal et al. (2019)

A consciencialização da segurança do doente, como já referido, tem-se tornado num dos tópicos emergentes nas últimas duas décadas. No entanto, nos *curricula* dos profissionais de saúde não lhes proporciona um efetivo conhecimento dos desafios que têm de enfrentar no que diz respeito ao momento oportuno e aos métodos adequados para assegurar a segurança do doente. Estes pressupostos são corroborados por Heldal et al., (2019), segundo os quais o treino dos profissionais de saúde centra-se mais nas competências clínicas e curativas e não tanto nas habilidades preventivas. Portanto, o conhecimento sobre a segurança do doente é uma necessidade para todos profissionais de saúde. Para colmatar estas lacunas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um guia curricular de segurança do doente (*Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide*, 2011) para ajudar as instituições de profissões da saúde a integrar os princípios de segurança do doente nos seus *curricula*.

Para melhorar a segurança do doente, os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos e habilidades específicos. Todavia, a formação em serviço sobre a segurança do doente é escassa, *grosso modo*, a nível nacional e internacional, sendo procurada raramente e de forma voluntária.

Ficou demonstrado que o estabelecimento de uma cultura de segurança do doente com suporte em programas de formação destinados aos profissionais de saúde é essencial para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e promover/garantir a segurança do doente. A cultura organizacional, que incentiva a implementação de programas de formação, potenciando uma comunicação aprimorada contribuem para melhorar a cultura de segurança do doente, o que está em conformidade com a literatura (Nygren et al., 2013; Wami et al., 2016). Outros estudos mostram que a cultura de segurança do doente pode ser influenciada pelas características da área de trabalho, classe profissional, participação num programa de segurança do doente, comunicação, gestão e recursos de segurança do doente (Walston et al., 2010; El-Jardali et al., 2011).

Estudo 2: Tradução, adaptação e validação do Questionário de Avaliação da Implementação do “Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde (KIT TOOL-S2 TEXT)

O objetivo do presente estudo consiste na tradução e adaptação transcultural para português e validação da escala “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde para Portugal.

Questões de investigação

- Qual a estrutura interna da escala “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide” traduzida e adaptada para português de Portugal obtida após análise fatorial exploratória e confirmatória?
- O modelo hipotetizado na análise fatorial exploratória é confirmado pela análise fatorial confirmatória?

Tipo de estudo e amostra

O estudo metodológico, de caráter psicométrico, foi fundamentado na recolha de dados em corte transversal, aplicando-se a uma amostra não probabilística por conveniência, que incluiu 300 profissionais de saúde. A escolha deste tipo de amostragem justifica-se pela sua praticidade e adequação ao âmbito específico da investigação. Os profissionais integraram o corpo clínico de um Centro Hospitalar na região Centro de Portugal, representando uma vasta gama de categorias e experiências profissionais, o que lhes confere uma posição relevante no espectro do cuidado e segurança do paciente.

Este estudo foi estruturado em duas fases distintas: Na primeira fase, procedeu-se à tradução e adaptação cultural dos instrumentos de medida, garantindo que os questionários fossem linguisticamente e contextualmente apropriados para a população-alvo. A segunda fase concentrou-se na avaliação das propriedades psicométricas dos questionários traduzidos e adaptados, com o intuito de assegurar a sua fiabilidade e validade no contexto da prática clínica em Portugal.

CrITÉrios de Inclusão:

1. **Profissionais de Saúde Ativos:** Incluiu-se profissionais que estavam em exercício no momento da colheita de dados.
2. **Diversidade de Funções Profissionais:** Foram considerados profissionais de diferentes categorias e funções dentro do contexto hospitalar para assegurar uma amostra representativa.
3. **Disponibilidade para Participar:** Profissionais que voluntariamente concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Crítérios de Exclusão:

1. **Profissionais Não Ativos ou de Outras Áreas:** Foram excluídos profissionais que não estavam em exercício ativo no Centro Hospitalar ou que pertenciam a áreas não relacionadas à saúde.
2. **Estudantes da Área da Saúde:** Não foram incluídos estudantes ou indivíduos em formação profissional.
3. **Participação Involuntária:** Profissionais que não demonstraram interesse em participar ou não assinaram o termo de consentimento foram excluídos.

Estudo 2.1 Procedimentos na adaptação da escala “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide”

O objetivo deste estudo é a tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo para português de Portugal da escala “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde.

Questões de Investigação:

1. Como é que a escala “KIT TOOL-S2 TEXT” traduzida e adaptada para português de Portugal se adequa em termos de clareza, pertinência prática e relevância teórica?
2. Qual a eficácia da metodologia e-Delphi modificada para alcançar um consenso entre os peritos sobre a validade de conteúdo da tradução?

Metodologia

Fez-se uma tradução do Multiprofessional Guide da OMS (cf. Anexo 2), após solicitação de autorização à OMS (cf. Anexo 3). O processo de tradução e adaptação transcultural da escala original para o português de Portugal seguiu as recomendações metodológicas propostas por Beaton et al. (2000).

Numa primeira fase, procedeu-se à tradução do instrumento original em língua inglesa para português de Portugal, realizada por duas tradutoras bilingue. O grupo de investigação comparou as duas traduções, realizadas de forma independente, com a escala original na língua inglesa, mantendo as equivalências idiomática, semântica, conceitual e cultural. Seguiu-se a análise dos conteúdos (da tradução e da versão) e comparou-se o conteúdo da escala original, segundo o idioma e linguagem técnica de Portugal, para legitimar a tradução e as suas adaptações.

Neste processo procedeu-se a uma confrontação da análise em relação à versão original, tendo verificado a necessidade de adaptações culturais de várias ideias conceituais do mesmo item, pois alguns itens não se adaptavam à realidade portuguesa. Assim, procurou-se respeitar a equivalência operacional, de forma a manterem-se as características originais da escala, para se conseguir maior confiabilidade e validade ao instrumento.

Na fase seguinte, foi efetuada a equivalência semântica, posteriormente revista conceitualmente por um painel de sete especialistas na área da segurança do doente contando com a participação de elementos da Comissão de Risco, Presidente da Comissão e Qualidade de um Centro Hospitalar da região centro do país, elemento do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), Presidente do DEP da mesma instituição hospitalar, para verificar a aceitabilidade de palavras e frases (cf. Figura 4). Os peritos foram escolhidos de um modo equilibrado, para que pudessem atingir um consenso sobre as conclusões que a sua avaliação pudesse produzir, o que aconteceu em três reuniões.

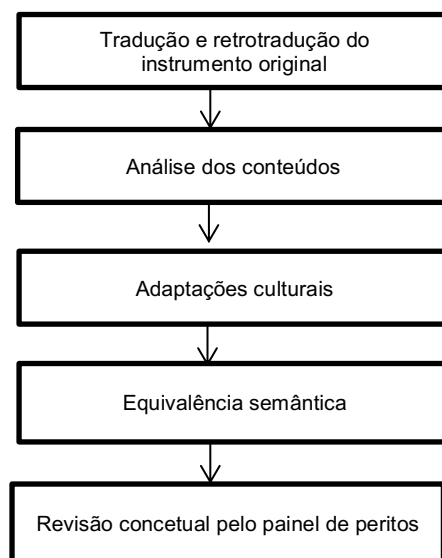


Figura 4 - Processo de validação do instrumento de segurança do doente

Foi efetuada a validade de conteúdo através dos seguintes critérios, seguindo-se as orientações de Crestan et al. (2017),

- Clareza de linguagem (CL): atenta à linguagem utilizada nos itens, considerando as características da população em estudo;
- Pertinência prática (PP): considera se cada item foi elaborado de forma a avaliar o conceito de interesse tendo em conta a população alvo, analisando se efetivamente cada item apresenta relevância para o instrumento;
- Relevância teórica (RT): tem como referencial o grau de associação entre cada item e o quadro conceitual, de modo a analisar se cada item estava relacionado com o construto;
- Dimensão teórica: verificar se existe adequação de cada item ao constructo teórico. Neste estudo não foi tida em consideração.

Neste estudo privilegiou-se a metodologia e-Delphi modificado para avaliação da validade de conteúdo, pois pretendia-se obter a informação dos peritos para a validade de construto da tradução do *Multiprofessional Guide* da OMS, seguindo os seguintes passos: primeira avaliação para seleção das questões que foram totalmente aprovadas pelo painel de peritos; na segunda avaliação foi solicitado aos peritos que sugerissem termos/conceitos para substituição de palavras para os itens onde houve discordância, tendo sempre por base o documento *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente* da Direção-Geral da Saúde (2011); na terceira avaliação, fase final, foi realizada a revisão de todas as propostas pela investigadora e por outro elemento com conhecimentos

na área, tendo por base as sugestões dos peritos e o referido documento da Direção-Geral da Saúde.

Neste sentido, para a validação de conteúdo do *Multiprofessional Guide*, após tradução e retrotradução, o mesmo foi enviado ao painel de peritos via *Google Docs*, enviou-se o *link* para cada perito, para que pudesse fazer as suas avaliações sem quaisquer interferências uns dos outros. Teve de se recorrer a este processo, uma vez que, quando se iniciou o estudo, Portugal encontrava-se em fase de confinamento devido à situação pandémica por COVID-19.

Resultados

E-Delphi modificado - ronda I

No âmbito da primeira fase do método E-Delphi modificado, os especialistas alcançaram um elevado

grau de consenso na avaliação inicial das questões do questionário, conforme evidenciado pelos resultados. A maioria das questões foi recebida com concordância, quer total quer parcial, ressalvando-se, contudo, pontos específicos onde as opiniões divergiram. Nomeadamente, as questões 7, 18 e 19 apresentaram uma maior proporção de respostas de 'Discordo', sugerindo uma discordância significativa que poderá requerer revisões no enunciado ou conceito subjacente das mesmas. Estes itens são de particular interesse para refinamentos subsequentes, dado que o seu aperfeiçoamento é crucial para a validade do questionário. A Tabela 1 apresenta os dados detalhados da distribuição das respostas dos especialistas, indicando as áreas que merecem uma atenção especial na próxima iteração do método E-Delphi.

Tabela 1 - Resultados do parecer painel de peritos na primeira avaliação do questionário

Questões	n	%
Q1		
Concordo totalmente	2	25,0
Concordo	5	62,5
Discordo	1	12,5
Q2		
Concordo totalmente	2	25,0
Concordo	5	62,5
Discordo	1	12,5
Q5		
Concordo totalmente	3	37,5%
Concordo	3	37,5%
Discordo	2	25,0
Q5		
Concordo totalmente	2	25,0
Concordo	4	50,0
Discordo	2	25,0
Q6		
Concordo totalmente	4	50,0
Concordo	3	37,5
Discordo	1	12,5
Q7		
Concordo	3	37,5
Discordo	5	62,5
Q8		

Concordo	5	62,5
Discordo	3	37,5
Q9		
Concordo totalmente	1	12,5
Concordo	5	62,5
Discordo	2	25,0
Q10		
Concordo totalmente	2	25,0
Concordo	4	50,0
Discordo	2	25,0
Q11		
Concordo totalmente	1	12,5
Concordo	3	37,5
Discordo	3	37,5
Discordo totalmente	1	12,5
Q13		
Concordo totalmente	1	12,5
Concordo	5	62,5
Discordo	2	25,0
Q14		
Concordo totalmente	2	25,0
Concordo	5	62,5
Discordo	1	12,5
Q15		
Concordo totalmente	2	25,0
Concordo	2	25,0
Discordo	3	37,5
Discordo totalmente	1	12,5
Q16		
Concordo totalmente	1	12,5
Concordo	5	62,5
Discordo	2	25,0
Q17		
Concordo totalmente	1	12,5
Concordo	3	37,5
Discordo	4	50,0
Q18		
Concordo	1	12,5
Discordo	7	87,5
Q19		
Concordo	1	12,5
Discordo	7	87,5
Q20		
Concordo totalmente	3	37,5
Concordo	4	50,0
Discordo	1	12,5
Q21		
Concordo totalmente	2	25,0
Concordo	3	37,5
Discordo	2	25,0
Q22		
Concordo totalmente	4	50,0
Concordo	2	25,0
Discordo	2	25,0
Q23		
Concordo totalmente	2	25,0
Concordo	4	50,0
Discordo	2	25,0
Q24		
Concordo totalmente	2	25,0
Concordo	2	25,0
Discordo	2	25,0
Discordo totalmente	1	12,5
Q25		
Concordo	5	62,5
Discordo	3	37,5
Q26		
Concordo totalmente	2	25,0

Concordo	5	62,5
Discordo	1	12,5
Q27		
Concordo totalmente	1	12,5
Concordo	4	50,0
Discordo	3	37,5
Q27		
Concordo totalmente	3	37,5
Concordo	4	50,0
Discordo	1	12,5
Q29		
Concordo totalmente	1	12,5
Concordo	5	62,5
Discordo	1	12,5
Discordo totalmente	1	12,5
Q29		
Concordo totalmente	1	12,5
Concordo	4	50,0
Discordo	2	25,0
Discordo totalmente	1	12,5

E-Delphi modificado - ronda II

Após uma primeira avaliação e subsequente refinamento baseado nas sugestões do painel de peritos, o estudo prosseguiu para uma segunda ronda de análises, culminando numa concordância absoluta em todas as questões avaliadas. Especificamente, foram propostas alterações detalhadas na forma de resposta de cada item do questionário, adotando-se uma escala Likert de quatro pontos — "Concordo totalmente", "Concordo", "Discordo", "Discordo totalmente" — e acrescentando a opção "Se discorda, referir o porquê" para cada item, o que refletiu o consenso entre a maioria dos peritos. Este ajuste permitiu aos peritos uma maior expressividade nas suas avaliações e fundamentação das suas posições.

Além disso, procedeu-se ao ajuste de certos conceitos, alinhando-os com a Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente da Direção-Geral da Saúde (DGS) de 2011. Este passo foi essencial para garantir que os termos utilizados estivessem em conformidade com as diretrizes reconhecidas e aceites a nível nacional e internacional.

Com as modificações incorporadas, o questionário revisto foi reenviado ao painel de peritos, resultando numa unanimidade na concordância das respostas, tal como demonstrado na Tabela 2. Este nível de consenso reflete a precisão e relevância do instrumento, indicando uma forte validação por parte dos especialistas envolvidos no estudo.

Tabela 2 - Resultados do parecer painel de peritos na primeira avaliação do questionário

Questões	n	%
Q1		
Concordo totalmente	8	100,0
Q2		
Concordo totalmente	8	100,0
Q5		
Concordo totalmente	8	100,0
Q5		
Concordo totalmente	8	100,0
Q6		
Concordo totalmente	8	100,0
Q7		
Concordo totalmente	8	100,0
Q8		
Concordo totalmente	8	100,0

Q9		
Concordo totalmente	8	100,0
Q10		
Concordo totalmente	8	100,0
Q11		
Concordo totalmente	8	100,0
Q13		
Concordo totalmente	8	100,0
Q14		
Concordo totalmente	8	100,0
Q15		
Concordo totalmente	8	100,0
Q16		
Concordo totalmente	8	100,0
Q17		
Concordo totalmente	8	100,0
Q18		
Concordo totalmente	8	100,0
Q19		
Concordo totalmente	8	100,0
Q20		
Concordo totalmente	8	100,0
Q21		
Concordo totalmente	8	100,0
Q22		
Concordo totalmente	8	100,0
Q23		
Concordo totalmente	8	100,0
Q24		
Concordo totalmente	8	100,0
Q25		
Concordo totalmente	8	100,0
Q26		
Concordo totalmente	8	100,0
Q27		
Concordo totalmente	8	100,0
Q27		
Concordo totalmente	8	100,0
Q29		
Concordo totalmente	8	100,0
Q29		
Concordo totalmente	8	100,0

Análise e discussão

À medida que a ciência avança e novas questões de investigação são colocadas, novos instrumentos de recolha de dados tornam-se necessários. O desenvolvimento de escalas não é, contudo, um esforço óbvio ou simples. Há muitos passos para o desenvolvimento de uma escala, há uma linguagem significativa dentro destas técnicas, um processo que deve ser rigoroso. Portanto, o objetivo deste estudo foi a validação de conteúdo do *Multiprofessional Guide*, para posterior avaliação da literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados e impacto da implementação do *Multiprofessional Guide*. A consciência da segurança dos doentes tornou-se num dos temas mais emergentes nas últimas duas décadas. No entanto, nos *curricula* dos profissionais de saúde, o conhecimento dos seus princípios continua a enfrentar desafios no que diz respeito ao seu *timing* adequado e aos métodos adequados de formação na área. Para além disso, a formação dos profissionais de saúde centra-se mais nas competências clínicas e curativas do que nas competências preventivas. Por conseguinte, o conhecimento sobre a segurança dos doentes é uma necessidade para todos os profissionais de saúde (Khoshakhlagh et al., 2019; Oldland et al., 2020). Assim, a OMS desenvolveu *Multiprofessional Guide*, a fim de

ajudar as instituições de saúde a integrar os princípios de segurança dos doentes nos seus *curricula*.

Consubstanciados nestes pressupostos, realizou-se este estudo preliminar do *Multiprofessional Guide*, que mostra a validade de conteúdo (ou conceitual) do mesmo, sendo a sua aplicação muito importante para se poder apostar mais na prevenção dos erros, dos incidentes e reduzir os danos potenciais para os doentes, o que se traduzirá em práticas profissionais de excelência e, por inerência, cuidados de saúde qualidade. Como referem Khoshakhlagh et al. (2019), a cultura de segurança dos doentes é uma das principais componentes da qualidade dos serviços de saúde e é uma das principais prioridades dos estudos de saúde. Consequentemente, este estudo assume-se como propedêutico para uma futura investigação que permita determinar a literacia em segurança dos doentes.

Após esta validação, espera-se fazer a validade de critério e validade de construto, sendo esta última a mais importante, uma vez que subordina as anteriores, para que se possam recolher dados em profissionais de saúde e estudantes de enfermagem, avaliando a sua literacia em segurança dos cuidados. É que o nível de literacia e as atitudes dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente têm um grande impacto na prestação de cuidados seguros, o que implica a consolidação de uma cultura de segurança em todas as instituições de saúde, sendo este um indicador de qualidade das práticas profissionais, das organizações de saúde e dos cuidados prestados aos doentes.

Os instrumentos de recolha de dados são uma manifestação de construções latentes, avaliam comportamentos, atitudes e cenários hipotéticos que se espera que existam como resultado da compreensão teórica do mundo, mas sem que se possa avaliar diretamente. As escalas são tipicamente utilizadas para apreender um comportamento, um sentimento ou uma ação que não pode ser apreendida numa única variável ou item. A utilização de múltiplos itens para medir uma construção latente subjacente pode, adicionalmente, explicar e isolar erros de avaliação específicos do item, o que leva a resultados de investigação mais precisos (Boateng et al., 2018).

Estudo 2.2 – Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento:

Instrumento

Para a recolha de dados usou-se o questionário, constituído por duas secções. Na primeira secção “ad-hoc” constam questões que permitem fazer a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (idade, género, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, carga horária semanal, tipo de horário, acumulação de funções, exercer funções de gestão ou de chefia no serviço, gostar da profissão que exerce).

Na segunda secção encontra-se o “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide”, tendo sido obtido parecer favorável da *World Health Organization* para o presente estudo (cf. Anexo 4). Este contém quatro secções, a saber: Secção 1 - Erro e Segurança do Doente, que engloba 7 itens, avaliadas de acordo com uma escala de 5 ponto (1=baixo nível de conhecimento; 3 – nível moderado de conhecimento; 5 – alto nível de conhecimento); Secção 2 – Segurança do Sistema de Saúde, que contém 5 itens, avaliados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, onde 1 corresponde a “Discordo totalmente” e 5 a “Concordo totalmente”; Secção 3 – Influência Pessoal sobre Segurança, constituída por 7 itens, sendo cada um avaliado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, correspondendo o 1 a “Discordo totalmente” e o 5 a “Concordo totalmente”; Secção 4 – Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente, que engloba 4

itens, avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, correspondendo o 1 a “Discordo totalmente” e o 5 a “Concordo totalmente”.

Colheita de Dados

A colheita de dados para este estudo foi realizada entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021. Este período foi escolhido para assegurar a obtenção de uma amostra representativa e significativa, permitindo uma análise abrangente e atualizada.

Foi conduzida através da aplicação do “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde, após a sua adaptação e tradução para português de Portugal. O questionário foi distribuído aos profissionais de saúde participantes de forma eletrónica, garantindo a eficiência e a facilidade de acesso para os respondentes.

Durante o processo foram seguidas rigorosas considerações éticas. Os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, a natureza voluntária da sua participação, e foi-lhes garantido o anonimato e a confidencialidade das suas respostas. A participação foi condicionada à assinatura de um termo de consentimento informado.

Procedimentos para análise de dados

Avaliaram-se as propriedades psicométricas do instrumento com base nos estudos de fiabilidade e de validade dado que, como refere Coutinho (2021), são os procedimentos mais indicados para garantirem a qualidade informativa dos dados. Em relação aos estudos de fiabilidade determinou-se a consistência interna dos itens com a obtenção do coeficiente de Correlação de Pearson dos diferentes itens com a nota global e do coeficiente alfa de Cronbach. A qualidade do ajustamento local foi avaliada através dos pesos fatoriais (λ) e através da fiabilidade individual dos itens (δ). Assumiu-se indicativo como valor de referência uma saturação fatorial superior a 0,50 e fiabilidade individual superior a 0,25, respetivamente (Marôco, 2018). Quanto aos estudos de validade, realizados através da análise fatorial exploratória, considerou-se a validade de construto (Coutinho, 2021) que consiste numa técnica de análise exploratória de dados cuja finalidade procura descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida (Marôco, 2018). De entre os métodos mais comumente utilizados, figura o “método dos componentes principais” sequenciado pelo método de rotação ortogonal do tipo *varimax*. Para a definição de fator consideraram-se os itens com saturações “*r*” superiores ou iguais a 0,40 e para a determinação dos fatores a reter os valores próprios (*eigenvalues*) superiores a 1 (um) e o gráfico de declive (*scree plot*).

No processamento dos dados foi usado o *software* IBM SPSS versão 25 para Windows.

Para a avaliação da qualidade do ajustamento do modelo de medida, recorreu-se à análise fatorial confirmatória com recurso ao *software* AMOS versão 25. O método de estimação utilizado foi o da máxima verosimilhança

Na análise dos dados consideraram-se os procedimentos estatísticos mais adequados a saber: (i) sensibilidade dos itens avaliada pelos coeficientes de assimetria (S_k) e curtose (K_u), eliminando-se todos os itens que apresentem valores absolutos de assimetria superiores a 3 e de achatamento superiores a 7; (ii) Validade do constructo avaliada pela validade fatorial, validade convergente e validade discriminante; (iii) Qualidade do

ajustamento global do modelo fatorial, efetuada de acordo com os índices de bondade de ajustamento global. Neste estudo foram considerados a razão entre qui quadrado e graus de liberdade (χ^2/gf) o ajustamento considera-se aceitável quando o valor for inferior a 5; *Root mean square residual* (RMR), *Standardized root mean square residual* (SRMR) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) quanto menores, melhor o ajustamento, um valor inferior a 0,08 é, geralmente, considerado como um bom ajuste; *Goodness fit index* (GFI) e *Comparative Fit Index* (CFI) são recomendados valores acima de 0.90 para se considerarem ajustamentos bons; (iv) Qualidade do ajustamento local, avaliada pelos pesos fatoriais (saturações) e pela fiabilidade individual dos itens. Os valores de referência são respectivamente de 0.5 e 0.25, podendo o primeiro em estudos iniciais flexibilizar-se para 0.40 ou próximo.

O ajustamento do modelo foi realizado a partir dos índices de modificação alterando-se trajectórias com índices de modificação superiores a 11 propostos pelo AMOS.

A fiabilidade do constructo foi avaliada pela fiabilidade compósita (FC) que indica o grau em que os itens são manifestações consistentes do fator latente. Considera-se que $FC \geq 0.7$ é indicador de uma fiabilidade de constructo apropriada.

A validade convergente de cada fator foi avaliada pela Variância Extraída Média (VEM) Considerando-se existir validade convergente quando a VEM for superior a 0,5 (Marôco, 2018).

A validade discriminante dos fatores obtém-se elevando-se a correlação ao quadrado entre os fatores. Existe evidência da validade discriminante quando o valor obtido é menor do que a VEM para cada fator.

Todos os fatores foram estandardizados fixando as suas variâncias em 1.00 (um) e correlacionadas entre si.

Procedimentos éticos

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar *locus* de estudo, com a referência 1027, foi emitido em 7 de outubro de 2019 (cf. Anexo 5).

Ao longo do estudo, assegurou-se a conformidade com as normativas éticas estabelecidas pela mesma comissão, que são baseadas nos princípios da Declaração de Helsínquia e nas diretrizes éticas para a investigação com seres humanos.

A investigação seguiu rigorosamente as diretrizes éticas que orientam a pesquisa com seres humanos, enfatizando o respeito pela dignidade, direitos, saúde, segurança e bem-estar dos participantes. Isto incluiu a garantia do anonimato dos participantes, a proteção da confidencialidade dos dados recolhidos, e a garantia de que a participação no estudo era voluntária e baseada em consentimento informado.

Foi solicitado a todos os participantes a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (cf. Anexo 6). Este documento detalhava o propósito da investigação, os procedimentos a serem seguidos, os direitos dos participantes, incluindo a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou penalização.

Tomaram-se todas as medidas necessárias para assegurar o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações fornecidas. Os participantes foram informados de que nenhuma informação pessoal identificável seria divulgada e que os dados seriam utilizados apenas para fins de investigação.

Foi enfatizado aos participantes que a sua colaboração no estudo era totalmente voluntária. Foram informados de que a sua decisão de participar ou não no estudo não teria quaisquer implicações negativas, e que poderiam desistir a qualquer momento sem sofrer qualquer tipo de prejuízo ou consequência.

Os participantes foram esclarecidos sobre os potenciais benefícios e riscos da sua participação no estudo. Foi-lhes explicado que a participação não traria benefícios diretos, mas que as informações obtidas poderiam contribuir para melhorias na segurança do doente e na formação profissional. Também foram informados de que não existiam riscos significativos associados à sua participação, além do tempo despendido para responder ao questionário.

Resultados

A tabela 3 apresenta as estatísticas (médias e desvios padrão), os coeficientes de correlações obtidas entre cada item e o valor global, e o coeficiente de alfa se Cronbach sem o item. Com excepção do item 14 “É mais fácil encontrar alguém para culpar em vez de se focar nas causas do erro” cujo índice médio é inferior ao esperado (média= 2,4±1.05) os restantes oscilam entre 2.91 nos itens 7 e 12 e 4,34 no item 22, o que nos permite concluir que todos os itens estão bem centrados. Os coeficientes de correlação item total indicam que os itens 8, 9, 10, e 11 por apresentarem valores inferiores a 0.20 deveriam ser eliminados mas decidiu-se pela sua manutenção, dado que por um lado o coeficiente alfa global não seria alterado e por outro é intencional proceder a uma análise factorial confirmatória. Por sua vez, o item 14 ao patentear uma correlação negativa levou a efetuar-se sua inversão. Os coeficientes *alfa de Cronbach*, obtidos nos diferentes itens oscilam entre o fraco e o razoável com um alfa global de 0,759.

Tabela 3 - Estatísticas e alfa de cronbach

		Média	Desvio Padrão	Ritem-total (s/item)	R ²	α sem item	H2
1	Diferentes tipos de erro humano nos cuidados de saúde?	3.34	0.70	0.572	0.603	0.701	.708
2	Fatores que contribuem para o erro humano?	3.57	0.65	0.518	0.744	0.706	.754
3	Fatores que influenciam a segurança do doente?	3.57	0.64	0.523	0.704	0.705	.728
4	Maneiras de falar sobre o erro?	3.06	0.73	0.596	0.624	0.698	.667
5	O que deve acontecer se um erro for cometido?	3.45	0.80	0.543	0.675	0.700	.681
6	Como relatar um erro?	3.24	0.78	0.578	0.659	0.698	.684
7	O papel das organizações de saúde (por exemplo, hospitais, clínicos gerais) em relatório de erros?	2.91	1.89	0.237	0.222	0.741	.663
8	A maioria dos profissionais de saúde comete erros.	3.36	1.04	0.064	0.380	0.737	.658
9	No meu país há um sistema de cuidados de saúde seguro para os doentes.	3.31	0.90	0.078	0.257	0.733	.654
10	Erro médico é muito comum.	3.16	0.89	0.066	0.348	0.734	.599
11	É muito incomum que sejam dados aos doentes o medicamento errado.	3.43	1.04	0.173	0.288	0.728	.626
12	A equipa de saúde recebe treino em segurança do doente.	2.91	0.94	0.224	0.307	0.723	.581
13	Seria fácil dizer aos outros um erro que cometi.	3.41	0.86	0.314	0.474	0.716	.723
14	É mais fácil encontrar alguém para culpar em vez de se focar nas causas do erro.	2.41	1.05	-0.201	0.297	0.759	.609
15	Sinto-me confiante em falar com alguém que está a mostrar uma falta de preocupação com a segurança do doente.	3.25	1.03	0.212	0.202	0.724	.577
16	Eu sei falar com pessoas que cometeram um erro.	3.45	0.71	0.337	0.336	0.715	.517
17	Eu sou sempre capaz de garantir que a segurança do doente não é comprometida.	3.14	0.84	0.351	0.258	0.713	.541
18	Eu acredito que preencher formulários de relatórios ajudará a melhorar a segurança do doente.	3.22	0.98	0.307	0.221	0.716	.558
19	Eu sou capaz de falar sobre os meus próprios erros.	3.91	0.51	0.401	0.395	0.715	.553

20	Concentrando-me nas causas dos incidentes, posso contribuir para a segurança do doente.	4.23	0.52	0.466	0.452	0.712	.607
21	Se eu continuar a aprender com os meus erros, posso evitar incidentes.	4.26	0.63	0.405	0.566	0.712	.732
22	Reconhecer e lidar com os meus erros será uma parte importante do meu trabalho.	4.34	0.52	0.320	0.508	0.718	.692
23	É importante, para mim, aprender a melhor maneira de reconhecer e lidar com os meus erros até ao final da faculdade.	4.20	0.73	0.331	0.441	0.715	.641
Alpha de Cronbach (α) global			0.728				

Uma vez que era pressuposto encontrar uma estrutura similar à da escala original, submetem-se todos os itens a análise factorial exploratória utilizando para o efeito os procedimentos descritos na metodologia. A conjugação dos resultados obtidos com o critério de *Kaiser Meyer Olkim* ($KMO= 0.760$) que dá indicações da adequabilidade da amostra com os resultados do teste de esfericidade de Bartlett ($X^2= 2478.100$; $p= 0.000$) que testa a hipótese de que as variáveis não estão correlacionadas, levou a que se prosseguisse com a análise factorial exploratória. Extraíram-se inicialmente sete fatores que no seu conjunto explicavam 64.13% da variabilidade

Todavia, o gráfico de sedimentação ou de declive “Screen plot” apontava para a retenção de quatro factores conforme ponto de inflexão da curva (cf figura 5).

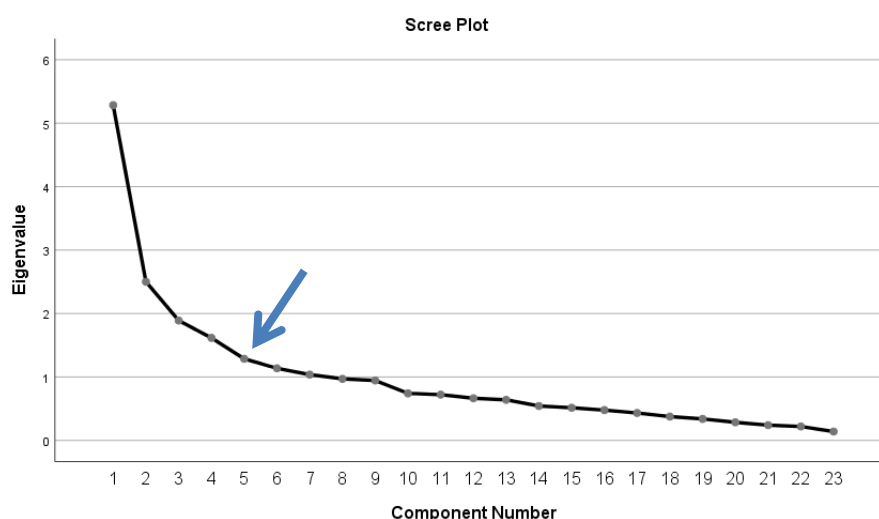


Figura 5 - Screen Plot

Forçou-se, assim, a análise factorial a quatro fatores do qual resultou uma percentagem de variância explicada de 49.08%. O fator 1, designado de Erro e Segurança do Doente, ficou constituído pelos itens erro 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 e explica 22.97% da variabilidade; o fator 2 - Segurança do Sistema de Saúde - ficou constituído pelos itens 1, 2, 3, 4, e explica 10.87%; o fator 3 - Influência Pessoal Sobre a Segurança - possui os itens 1, 2, 3, 4, 6 e 7 e explica 8.21% e, finalmente, o fator 4 - Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente - comporta os itens 1, 2, 3, 4, 5 e o item 5 da informação pessoal da escala original, com uma variabilidade de 7.027%.

Foi esta estrutura tetra factorial que foi submetida a análise factorial confirmatória. Analisada a sensibilidade dos itens, verificou-se que todos apresentavam valores mínimos e máximos a oscilarem entre 1 e 5, com exceção do erro 7 (“O papel das organizações de saúde (por exemplo, hospitais, clínicos gerais) em relatório de erros?”), mostravam valores absolutos

de assimetria e curtose situados entre os valores de referência inferiores a 3 e 7, respetivamente.

A tabela 4 referencia as trajetórias, os rácios críticos e os coeficientes lambda obtidos. Denota-se que as trajetórias dos itens para os fatores que lhe correspondem são estatisticamente significativas, o que leva à sua manutenção. Todavia, os itens que correspondem ao “erro” 7 (“O papel das organizações de saúde (por exemplo, hospitais, clínicos gerais) em relatório de erros?”) do fator 1 - Erro e Segurança do Doente - e os itens 3 (“Sinto-me confiante em falar com alguém que está a mostrar uma falta de preocupação com a segurança do doente”) e 6 (“Eu acredito que preencher formulários de relatórios ajudará a melhorar a segurança do doente”) do fator 3 – Influência Pessoal sobre Segurança (“info_pessoal”), por revelarem saturações inferiores a 0.40 serão eliminados em modelos de análises posteriores. Salvaguarda-se que, para este estudo, dado tratar-se de um estudo preliminar se consideraram pesos factoriais iguais ou superiores a 0.40.

Tabela 4 - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda

			Estimate	S.E.	C.R.	P	λ
erro2	<---	F1	1.000				.812
erro1	<---	F1	1.022	.071	14.334	***	.774
erro3	<---	F1	.966	.061	15.846	***	.791
erro4	<---	F1	1.064	.078	13.591	***	.770
erro6	<---	F1	.994	.090	11.007	***	.671
erro5	<---	F1	1.057	.091	11.567	***	.702
erro7	<---	F1	.949	.219	4.342	***	.265
ati_pessoal2	<---	F2	1.000				.800
ati_pessoal3	<---	F2	.742	.065	11.390	***	.720
ati_pessoal4	<---	F2	.989	.091	10.826	***	.679
ati_pessoal1	<---	F2	.701	.063	11.090	***	.675
info_pessoal1	<---	F3	1.000				.730
info_pessoal7	<---	F3	.567	.064	8.856	***	.680
info_pessoal4	<---	F3	.551	.089	6.203	***	.462
info2_inv	<---	F3	.748	.118	6.340	***	.444
info_pessoal6	<---	F3	.540	.113	4.791	***	.334
info_pessoal3	<---	F3	.504	.123	4.112	***	.273
s1_inv	<---	F4	1.000				.531
s3_inv	<---	F4	.800	.108	7.389	***	.493
seg_sist_s2	<---	F4	.378	.093	4.076	***	.432
seg_sist_s5	<---	F4	.451	.107	4.213	***	.551
seg_sist_s4	<---	F4	.436	.109	4.002	***	.426
info_pessoal5	<---	F3	.435	.100	4.339	***	.402

A figura 6 sintetiza os resultados descritos na tabela anterior, configurando os pesos fatoriais, a fiabilidade individual dos itens e as correlações obtidas entre os fatores. Denota-se que todos os itens possuem saturações acima dos valores de referência nas quatro subescalas com exceção dos itens anteriormente referidos, o que demonstra a relevância do fator para prever os itens. Apesar disso, os índices de bondade de ajustamento global só se revelaram adequados para o ($\chi^2/g.l. = 3.631$ e $RMR = 0.064$) sofríveis para ($GFI = 0.807$; $RMSEA = 0,094$ e $SRMR = 0.083$) e inadequado para o ($CFI = 0.743$)

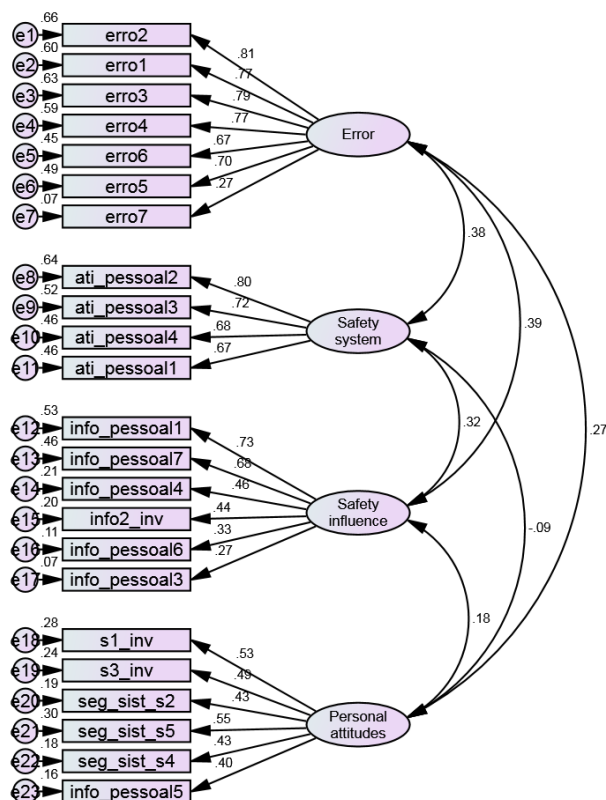


Figura 6 - Modelo inicial com 23 itens

Por forma a melhorar os índices de bondade de ajustamento do modelo, procedeu-se à sua reespecificação com base nos índices de modificação propostos pelo Amos. Para o efeito, correlacionaram-se alguns erros e eliminaram-se os itens que apresentavam problemas de multicolinearidade e com saturações inferiores a 0.40. O modelo final é apresentado na figura 7. Registou-se que o fator 1 ficou constituído por 6 itens configurando correlações entre os erros do modelo 1 e 3 e 5 e 6. O fator 2, fator 3 e fator 4 comportam quatro itens cada. O ajustamento na sua globalidade passou a ser adequado para: ($\chi^2/g.l.$ = 2.602; RMSEA = 0,073; RMR= 0.038 e SRMR= 0.062), e os os índices (GFI = 0.895; CFI = 0.898) encontram-se no limiar de adequado

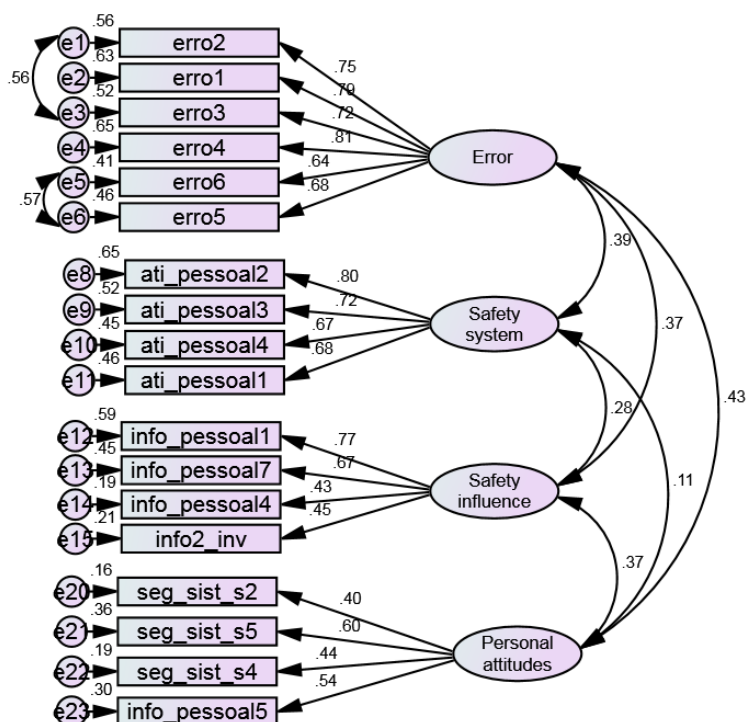


Figura 7 - Modelo final refinado com itens eliminados

Em síntese, poder-se-á afirmar que após a estrutura hipotetizada submetida a análise fatorial confirmatória, após refinamento, foram eliminados o item 7 (“O papel das organizações de saúde (por exemplo, hospitais, clínicos gerais) em relatório de erros?”) do fator 1 – Erro e Segurança do Doente; o item 5 (“A equipa de saúde recebe treino em segurança do doente”) do fator 2 – Segurança do Sistema de Saúde; os itens 3 (“Sinto-me confiante em falar com alguém que está a mostrar uma falta de preocupação com a segurança do doente”), 4 (“Eu sei falar com pessoas que cometeram erro”), 5 (“Eu sou sempre capaz de garantir que a segurança do doente não é comprometida”) e 6 (“Eu acredito que preencher formulários e relatórios ajudará a melhorar a segurança do doente”) do fator 3 – Influência Pessoa sobre Segurança por revelarem problemas de multicolinearidade. Importa referir que o item 5 (“Eu sou sempre capaz de garantir que a segurança do doente não é comprometida”) do fator 3 - Influência Pessoa sobre Segurança, passou a integrar o fator 4 – Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente.

As correlações moderadas registadas entre as diferentes subescalas pressupõem a existência de um modelo final de segunda ordem (cf figura 8), que se designou, tal como a escala original por KIT TOOL S2. Apurou-se que a correlação mais elevada é obtida com o factor 1 “error” que explica 60% da variabilidade e a menor com o fator 2 “safety system” cuja variabilidade é de 22.0%. Neste modelo, os valores de qualidade de ajustamento global sofreram ligeiras oscilações sem, contudo, prejudicar a validade fatorial encontrada ($\chi^2/g.l. = 2.614$; RMSEA = 0,073; RMR= 0.040; SRMR= 0.065, GFI = 0.892; CFI = 0.896).

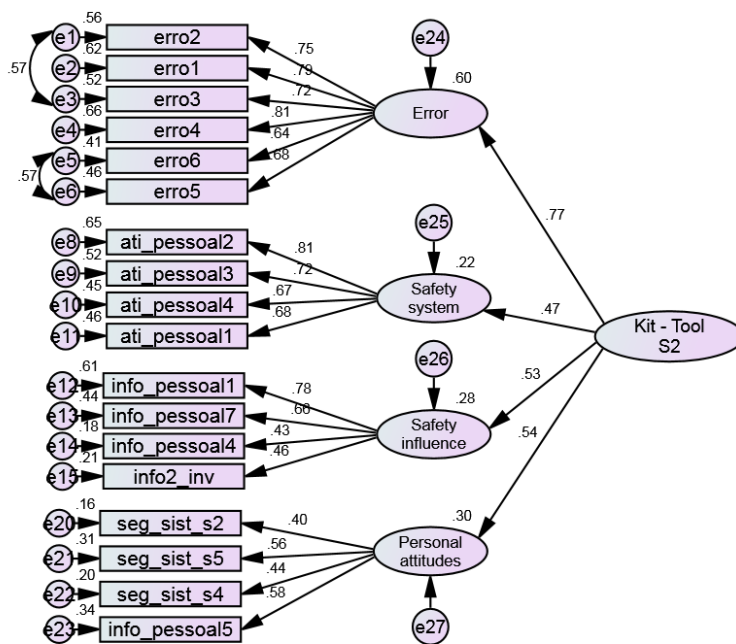


Figura 8 - Modelo 2ª ordem

Na tabela 5 sintetizam-se os índices de ajustamento global obtidos nos diferentes modelos. Denota-se que é no modelo inicial que se encontram índices de bondade menos robustos, mas que, após o refinamento do modelo e eliminação de itens, se tornaram adequados.

Tabela 5 - Índices de bondade de ajustamento nos diferentes modelos

Modelo	χ^2/df	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial (figura 1)	3.631	0.807	0.743	0.094	0.064	0.083
Modelo com item modificação eliminado	2.602	0.895	0.898	0.073	0.038	0.062
Modelo 2ª ordem	2.614	0.892	0.896	0.073	0.040	0.065

A tabela 6 apresenta os resultados da fiabilidade compósita (FC), da variância extraída média (VEM) e da validade discriminante (VD). Em relação à fiabilidade compósita, verifica-se que nos fatores 1 e 2 se pode classificar de adequada, pois apresenta valores superiores ao indicado como referência (0.70), mas no fator 3 e fator 4 é sofrível já que é ligeiramente inferior ao recomendado. Quanto à variância extraída média, o registo indica que nos fatores 1 e 2 existe validade convergente, sendo divergente para os fatores 2 e 3. Todavia, é patente a existência de validade discriminante (VD) entre todos os factores já que os valores correlacionais elevados ao quadrado são inferiores à VEM.

No que respeita à fiabilidade compósita estratificada, regista-se a sua adequabilidade (0.928), embora a variância extraída média com um valor de 0.430 seja ligeiramente inferior ao recomendado.

Em síntese, os valores obtidos indicam que a escala “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofissional Guide” poderá constituir-se como um recurso valioso para o estudo da literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados.

Tabela 6 - Fiabilidade compósito variância extraída média e validade discriminante da escala “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofissional Guide”

Fatores	F C	VEM	Validade discriminante					
			F1vs f2	F1vs f3	F1vs f4	F2vs f3	F2vs f4	F3vs f4
Fator 1 – Erro e Segurança do Doente	0.873	0.537	0.152	0.136	0.184			
Fator 2 - Segurança do Sistema de Saúde	0.811	0.518				0.078	0.012	
Fator 3 - Influência Pessoal sobre Segurança	0.677	0.358						0.136
Fator 4 - Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente	0.568	0.252						
FC estratificada 0.928			VEM= 0.430					

Por fim, faz-se referência à matriz de Correlação de Pearson entre as diferentes subescalas e o seu valor global. Denota-se a existência de valores positivos e significativamente correlacionados o que permite afirmar que ao aumento ou diminuição dos índices duma das subescalas se encontra associado a aumentos ou diminuições nos índices das outras subescalas com as quais se correlacionam. Com o fator global e as diferentes dimensões, os coeficientes de correlação são mais elevados, revelando variabilidades acima de 29.0% (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores

Subescalas	Fator 1 – Erro e segurança do doente	Fator 2 - Segurança do Sistema de Saúde	Fator 3 - Influência Pessoal sobre Segurança	Fator 4 - Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente
Fator 1 – Erro e segurança do doente	-	0.293**	0.313**	0.321**
Fator 2 - Segurança do Sistema de Saúde	0.293**	-	0.221**	0.066
Fator 3 - Influência Pessoal sobre Segurança	0.313**	0.221**	-	0.212**
Fator 4 - Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente	0.321**	0.066	0.212**	-
Ftotal	0.813**	.0605**	0.631**	0.544**

*** p<0,001

Análise e discussão

Este estudo teve como principal objetivo a tradução e adaptação transcultural para português e validação da escala “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofissional Guide” da Organização Mundial de Saúde. Realizou-se a tradução e retrotradução, uma vez que o instrumento original está escrito em inglês, necessitou de um painel de peritos para correções semânticas, especialmente em termos de construção das frases e substituição de alguns termos adaptados para o português de Portugal. Os resultados apurados foram obtidos numa amostra constituída por 300 profissionais de saúde a exercerem funções num Centro Hospitalar da região centro do País.

A tradução e adaptação cultural de escalas de avaliação devem seguir o paradigma “emic-etic”, ou seja, o termo “emic” refere-se a um olhar do fenómeno a partir do próprio

contexto ou da cultura em que ele ocorre, enquanto o termo “etic” se refere a uma generalização do fenómeno observado com a finalidade de comparação em diferentes culturas (Coutinho, 2021). Neste contexto, a tradução de uma escala exige cuidados linguísticos, na medida em que certos termos poderão ter diferentes significados e especificidades intrínsecas a cada idioma. Por outro lado, a validação semântica assume-se como indispensável para que haja a certificação de que o instrumento é perceptível para a população-alvo. Assim, para que a tradução e a adaptação transcultural para português da escala “KIT TOOL-S2 TEXT, os investigadores responsáveis pela tradução e retro- tradução escolhidos tinham conhecimento na área. A retro- tradução assumiu-se como essencial para se assegurar que os conteúdos, do ponto de vista conceptual, não tivessem de ser modificados na fase de tradução, tendo sido esta a chave para que se estabelecesse a equivalência semântica da referida escala.

A validade de um instrumento, provavelmente o melhor indicador da sua qualidade, indica se este mede de facto aquilo que se pretende que ele avalie, ou seja, se os resultados obtidos refletem ou traduzem a realidade, no sentido de os aceitar como factos indiscutíveis. Assim, a validade é o complemento da fiabilidade, pois antes de se garantir a validade do instrumento, deve assegurar-se primeiro a sua fiabilidade. A literatura indica que a validade de um instrumento não pode ser tida como uma característica intrínseca, mas uma característica do próprio instrumento quando aplicado a uma amostra. Infere-se, assim, que as características da população de estudo podem influenciar diretamente a estrutura da Escala “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde, cuja análise fatorial exploratória resultou numa estrutura tetra fatorial que explica no total 43.0% da variância e com um coeficiente alfa de Cronbach global de 0,759. Constatou-se que os índices gerais de bondade de ajustamento global são fiáveis, confirmando a qualidade do ajuste do modelo aos dados empíricos ($\chi^2/g.l.$ = 2.602; GFI= 0.895; CFI= 0.898; RMR= 0.038; RMSEA=0.073) e SRMR = 0.062. As evidências da validade da escala foi apresentada, mostrando todas as possibilidades da sua utilização no contexto português, permitindo o estabelecimento de bases da construção de um novo instrumento que avalia a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados.

Estudo 3: Literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente

A Literacia dos Profissionais de Saúde em Segurança do Doente consubstancia um tema crucial na melhoria contínua dos cuidados de saúde: a capacidade dos profissionais de saúde de compreender e aplicar práticas que garantam a segurança do doente. Este estudo analisa profundamente a literacia em segurança do doente entre diferentes grupos profissionais da saúde, com o objetivo de identificar lacunas de conhecimento e propor intervenções formativas.

O objetivo do estudo foi avaliar o nível de literacia em segurança do doente entre os profissionais de saúde de um Centro Hospitalar na região centro de Portugal.

Questões de Investigação:

1. Qual é o nível de literacia em segurança do doente entre os profissionais de saúde, com base na escala adaptada?

Tipo de Estudo e Amostra:

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, cuja recolha de dados foi efetuada de janeiro de 2020 a janeiro de 2021, com recurso a uma amostra probabilística por conveniência, de 300 profissionais de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal. O número total da população do estudo corresponde a 1436.

Critérios de Inclusão:

- **Profissionais Ativos:** Incluíram-se no estudo profissionais de saúde que estavam efetivamente em exercício durante o período de recolha de dados, de janeiro de 2020 a janeiro de 2021.
- **Diversidade Profissional:** Foram selecionados profissionais de diferentes categorias, incluindo enfermeiros, médicos, técnicos e outros profissionais de saúde, para garantir uma análise abrangente da literacia em segurança do doente.

Critérios de Exclusão:

- **Profissionais Inativos ou de Outras Áreas:** Foram excluídos profissionais que não estavam ativos durante o período de recolha de dados ou que pertenciam a áreas não relacionadas diretamente com a prestação de cuidados de saúde.
- **Profissionais em Formação:** Excluíram-se estudantes ou profissionais em fase de formação ou estágio, pois o foco estava nos profissionais já inseridos no contexto hospitalar.
- **Participação Involuntária:** Profissionais que não consentiram participar ou que não preencheram adequadamente o questionário foram também excluídos da amostra.

Variáveis do Estudo

Variáveis Principais:

- **Literacia em Segurança do Doente:** Esta é a variável dependente principal do estudo, referindo-se ao nível de conhecimento e compreensão que os profissionais de saúde possuem sobre a segurança do doente. Inclui conhecimentos específicos sobre práticas seguras, prevenção de erros, e políticas de segurança.
- **Conhecimento sobre Erro e Segurança do Doente:** Medida através da Secção 1 do questionário, esta variável avalia o entendimento dos profissionais sobre os conceitos de erro e segurança no contexto dos cuidados de saúde.
- **Percepção sobre a Segurança do Sistema de Saúde:** Avaliada pela Secção 2 do questionário, esta variável incide sobre a visão dos profissionais acerca da segurança inerente ao sistema de saúde em que estão inseridos.
- **Influência Pessoal sobre a Segurança do Doente:** Medida pela Secção 3 do questionário, esta variável foca na percepção dos profissionais sobre o impacto das suas ações individuais na segurança do doente.
- **Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente:** Através da Secção 4 do questionário, esta variável avalia as atitudes e crenças pessoais dos profissionais em relação à importância e ao impacto da segurança do doente.

Variáveis Sociodemográficas e Profissionais:

- Incluem idade, género, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional, carga horária semanal, tipo de horário, acumulação de funções e exercício de funções de gestão ou chefia. Estas variáveis são importantes para contextualizar as respostas e compreender as diferenças na literacia em segurança do doente entre diferentes grupos de profissionais.

Instrumentos de recolha de dados

Utilizou-se o Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde. Trata-se de um instrumento de de avaliação constituído por duas secções, Na primeira secção constam questões sociodemográficas e profissionais).

Na segunda secção é constituído pelo “KIT TOOL-S2 TEXT” (Amaral, 2021) (cf. Anexo 7). Este questionário contém quatro secções: Secção 1 - Erro e Segurança do Doente, que engloba 7 itens, avaliadas de acordo com uma escala de 5 ponto (1=baixo nível de conhecimento; 3 – nível moderado de conhecimento; 5 – alto nível de conhecimento); Secção 2 – Segurança do Sistema de Saúde, que contém 5 itens, avaliados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos, onde 1 corresponde a “Discordo totalmente” e 5 a “Concordo totalmente”; Secção 3 – Influência Pessoal sobre Segurança, constituída por 7 itens, sendo cada um avaliado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, correspondendo o 1 a “Discordo totalmente” e o 5 a “Concordo totalmente”; Secção 4 – Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente, que engloba 4 itens, avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, correspondendo o 1 a “Discordo totalmente” e o 5 a “Concordo totalmente”. A escala foi testada através da validade aparente e de conteúdo. As propriedades psicométricas foram avaliadas com recurso à consistência interna pelo coeficiente Alpha (α) de Cronbach e validade de construto através da análise fatorial exploratória e confirmatória, validade convergente e validade discriminante. A análise fatorial exploratória levou à obtenção de

uma estrutura tetra fatorial que explicava no total 43,0% da variância e com um coeficiente alfa de Cronbach global de 0,759.

Para se determinar o nível de literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente, criam-se grupos de coorte calculados de acordo com a técnica estatística que utiliza a média +/- ¼ do desvio padrão, nomeadamente (Pestana & Gageiro, 2014):

- Baixa literacia: mínimo e a média dos itens menos 0,25 do desvio padrão;
- Moderada literacia: entre a média menos 0,25 do desvio padrão até à média + 0,25 do desvio padrão;
- Elevada literacia: desde a média + 0,25 do desvio padrão até ao máximo.

Colheita de dados

A colheita de dados para este estudo decorreu entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021. Este intervalo de tempo foi escolhido para garantir uma recolha abrangente e representativa dos dados dos profissionais de saúde. Os dados foram colhidos utilizando o “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde, que foi previamente traduzido e adaptado para o contexto português, composto por duas secções: a primeira recolhe informações sociodemográficas e profissionais dos participantes; a segunda avalia especificamente a literacia em segurança do doente.

A colheita dos dados foi realizada eletronicamente, facilitando o acesso e a participação dos profissionais de saúde. Assegurou-se que todas as instruções e orientações necessárias para o preenchimento do questionário foram claramente comunicadas aos participantes.

Em linha com os procedimentos éticos aprovados, todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, a natureza voluntária da sua participação e a confidencialidade dos dados. Foi obtido o consentimento informado de todos os participantes.

Análise Estatística

No tratamento estatístico, utilizou-se o programa IBM - *Statiscal Package Social Science* (SPSS) 26. Recorreu-se à estatística descritiva para calcular as frequências absolutas (n) e percentuais (%), algumas medidas de tendência central: medidas de dispersão: medidas de tendência central: Média (M); medidas de dispersão: Desvio padrão (\pm). No que respeita à estatística indutiva ou inferencial, utilizou-se testes não paramétricos, pelo motivo de não se cumprir o pressuposto da normalidade em vários fatores da variável dependente: teste *U de Mann-Whitney* (UMW), Teste *Kruskal-Wallis* (KW). Em todos os testes, o valor de significância considerado foi 5%, $p < 0.05$.

Procedimentos éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Centro de Portugal, da qual foi recebido parecer favorável (Número de referência 1027, emitido a 7 de outubro de 2019) (cf. Anexo 5).

A investigação seguiu rigorosamente as normativas éticas estabelecidas pela Declaração de Helsínquia e pelas diretrizes éticas para pesquisa com seres humanos, assegurando o respeito pela dignidade, direitos e bem-estar dos participantes.

Antes da recolha de dados, foi obtido o consentimento informado de todos os participantes (cf. Anexo 6), que explicava claramente o objetivo da pesquisa, os procedimentos envolvidos, os direitos dos participantes, incluindo o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem consequências negativas.

Os participantes foram assegurados de que a sua participação era completamente voluntária e que todas as informações coletadas seriam tratadas com confidencialidade e anonimato.

O termo de consentimento informado também esclareceu que as informações recolhidas seriam usadas exclusivamente para fins de pesquisa e que os resultados seriam apresentados de forma agregada, garantindo a não identificação individual dos participantes.

Foi garantida a confidencialidade da informação recolhida. As respostas dos participantes foram tratadas de forma coletiva e os dados foram armazenados de forma segura, acessíveis apenas à equipe de pesquisa.

Foram tomadas medidas para assegurar o anonimato dos participantes em todas as fases do estudo, incluindo na análise e divulgação dos resultados.

Resultados

Perfil sociodemográfico dos participantes

Num total de 300 profissionais de saúde um Centro Hospitalar da zona Centro de Portugal, maioritariamente são do sexo feminino (76,3%), com uma idade mínima e máxima a oscilar entre os 26 e os 66 anos, correspondendo-lhe uma média de $43,86 \pm 9,38$ anos, com predomínio dos profissionais de saúde na faixa etária dos 36-50 anos (50,3%), seguindo-se os que possuem mais de 50 anos (27,3%) e 22,3% possuem ≥ 35 anos de idade.

Perfil profissional dos participantes

Os participantes têm, em média, $20,48 \pm 8,95$ anos de tempo de experiência profissional, com um mínimo e um máximo a oscilar entre 1 ano e 41 anos. Maioritariamente, a amostra tem o título profissional de enfermeiro(a) (90,0%), entre os quais estão mais representados os participantes que exercem funções de enfermeiro(a) de cuidados gerais (73,0%). Relativamente à carga horária semanal, maioritariamente (86%), os participantes trabalham 35 horas, com 66,3% a praticar horário por turnos. A grande maioria dos profissionais de saúde (93,0%) não exerce funções de gestão ou chefia (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização profissional

Variáveis	n	%
Profissão		
Medicina	30	10,0
Enfermagem	270	90,0
Categoria profissional		
Assistente hospitalar	3	1,0
Enfermeiro(a) de cuidados gerais	219	73,0

Enfermeira especialista	48	16,0
Enfermeira(o) funções chefia/gestor	3	1,0
Médico(a)	27	9,0
Carga horária semanal		
35h	258	<u>86,0</u>
40h	36	12,0
42h	6	2,0
Tipo de horário		
Fixo	101	33,7
Turnos	199	<u>66,3</u>
Acumular funções		
Sim	71	23,7
Não	229	<u>76,3</u>
Exercer funções de gestão ou chefia		
Sim	21	7,0
Não	279	<u>93,0</u>

Segurança do doente foi ensinada na sua universidade/escola

A grande maioria da amostra referiu que a segurança do doente não foi ensinada na sua universidade/escola (69,0%), com apenas 31,0% a admitirem que sim (cf. tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização profissional

Segurança do doente foi ensinada na sua universidade/escola	n	%
Sim	89	31,0
Não	211	<u>69,0</u>
Total	287	100,0

Estatísticas relativas às dimensões do “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofissional Guide”

As estatísticas relativas às dimensões do “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofissional Guide”, para o total da amostra, revelam que a dimensão onde os participantes pontuaram mais foi a que se refere ao “Erro e segurança do doente” ($M=20,22\pm 3,46$), seguindo-se a dimensão “Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente” ($M=17,02\pm 1,93$), sendo a dimensão “Segurança do Sistema de Saúde” a que apresenta um valor médio mais baixo ($M=12,79\pm 2,45$) (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Estatísticas descritivas relativas às dimensões do “KIT TOOL-S2 TEXT - Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofissional Guide”

Dimensões	N	Min	Max	M	DP (\pm)
Erro e segurança do doente		12	30	<u>20,22</u>	3,46
Segurança do Sistema de Saúde		7	18	12,79	2,45
Influência Pessoal sobre Segurança	300	8	20	14,36	2,23
Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente		9	20	17,02	1,93
Global da escala		47	83	64,39	6,76

Relação entre a idade e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

Registou-se diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a dimensão “Erro e segurança do doente” ($p<0,05$), onde pontuaram mais os participantes na faixa etária dos 36-50 anos, bem como no global da escala ($p<0,05$), com um valor de ordenação média

mais elevados para os participantes com idade superior aos 50 anos. Ainda que não exista relevâncias significativamente estatísticas nas dimensões “Influência Pessoal sobre Segurança” e “Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente”, salienta-se que foram os participantes com idade compreendida entre os 36-50 anos os que mais revelaram literacia neste âmbito (cf. tabela 11).

Tabela 11 - Teste de Kruskal-Wallis entre a idade e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

Variável	Idade			p
	≤35 anos Ordenação Média	36-50 anos Ordenação Média	>50 Ordenação Média	
Erro e segurança do doente	118,61	<u>161,00</u>	157,22	<u>0,003</u>
Segurança do Sistema de Saúde	142,68	148,56	<u>160,46</u>	0,422
Influência Pessoal sobre Segurança	136,60	<u>156,75</u>	150,34	0,278
Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente	135,21	<u>161,99</u>	141,84	0,050
Global da escala	125,62	156,03	<u>160,64</u>	<u>0,026</u>

Relação entre a profissão e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

No global, foram os enfermeiros que revelaram mais literacia em segurança do doente, com valores de ordenação média mais elevados nas dimensões “Erro e segurança do doente”, “Segurança do Sistema de Saúde”, “Influência Pessoal sobre Segurança” e no global da escala, enquanto os médicos pontuaram mais nas “Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente”. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Erro e segurança do doente”, “Influência Pessoal sobre Segurança” e no global da escala ($p < 0,05$) (cf. tabela 5).

Relação entre o tipo de trabalho e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

Os participantes com horário fixo revelaram mais literacia em relação às dimensões “Segurança do Sistema de Saúde” e “Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente”, enquanto os que praticam horário por turnos manifestaram mais literacia no âmbito das dimensões “Erro e segurança do doente”, “Influência Pessoal sobre Segurança” e no global da escala, com diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Erro e segurança do doente” ($p < 0,05$) (cf. tabela 5).

Relação entre acumular funções e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

Os profissionais de saúde que não acumulam funções pontuaram mais em quase todas as dimensões e no global da escala, excetuando na dimensão “Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente”, onde sobressaíram os que acumulam funções, com existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Segurança do Sistema de Saúde” ($p < 0,05$) (cf. tabela 5).

Relação entre exercer funções de chefia/gestão e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

Os profissionais de saúde que exercem funções de chefia/gestão pontuaram mais em quase todas as dimensões e no global da escala, excetuando na dimensão “Influência Pessoal sobre Segurança”, onde sobressaíram os que não exercem funções de chefia/gestão, sem a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Testes U de Mann-Whitney entre a profissão, tipo de trabalho, acumular funções, exercer funções de chefia/gestão e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

Dimensões	Variável	Profissão		p
		Medicina Ordenação Média	Enfermagem Ordenação Média	
Erro e segurança do doente		92,52	<u>156,94</u>	<u>0,000</u>
Segurança do Sistema de Saúde		123,33	<u>153,52</u>	0,069
Influência Pessoal sobre Segurança		111,13	<u>154,87</u>	<u>0,008</u>
Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente		<u>166,53</u>	148,72	0,267
Global da escala		106,00	<u>155,44</u>	<u>0,003</u>
Tipo de trabalho				
Dimensões	Variável	Tipo de trabalho		p
		Fixo Ordenação Média	Turnos Ordenação Média	
Erro e segurança do doente		135,71	<u>157,29</u>	<u>0,040</u>
Segurança do Sistema de Saúde		<u>159,21</u>	145,30	0,185
Influência Pessoal sobre Segurança		144,29	<u>152,91</u>	0,409
Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente		<u>150,22</u>	149,89	0,974
Global da escala		148,32	<u>150,86</u>	0,810
Acumular funções				
Dimensões	Variável	Acumular funções		p
		Sim Ordenação Média	Não Ordenação Média	
Erro e segurança do doente		143,94	<u>152,53</u>	0,463
Segurança do Sistema de Saúde		125,22	<u>158,34</u>	<u>0,005</u>
Influência Pessoal sobre Segurança		136,19	<u>154,94</u>	0,107
Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente		<u>155,81</u>	148,85	0,539
Global da escala		135,51	<u>155,15</u>	0,095
Funções de chefia/gestão				
Dimensões	Variável	Funções de chefia/gestão		p
		Sim Ordenação Média	Não Ordenação Média	
Erro e segurança do doente		<u>166,95</u>	148,18	0,333
Segurança do Sistema de Saúde		<u>158,95</u>	148,78	0,599
Influência Pessoal sobre Segurança		149,07	<u>149,53</u>	0,981
Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente		<u>170,12</u>	147,94	0,237
Global da escala		<u>174,29</u>	147,62	0,171

Relação entre o tempo de exercício profissional e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

Com o objetivo de avaliar a correlação entre o tempo de exercício profissional e a literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente, realizou-se uma Correlação de Spearman, constatou-se a existência de diferenças significativamente significativas ($p < 0,05$) na dimensão “Erro e segurança do doente” e no global da escala, sendo as correlações positivas, sugerindo que quanto mais tempo de exercício profissional os participantes possuem, mais literacia em segurança do doente apresentam (cf. tabela 13).

Tabela 13 - Resultados das Correlação de Spearman relacionando o tempo de exercício profissional com a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

Dimensões	Erro e segurança do doente		Segurança do Sistema de Saúde		Influência Pessoal sobre Segurança		Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente		Global da escala	
	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p	Rho	p
Variável										
Tempo de exercício profissional	0,163	<u>0,005</u>	0,072	0,211	0,056	0,337	0,004	0,942	0,149	<u>0,010</u>

Relação entre a carga horária semanal e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

Os participantes com carga horária semanal de 35 horas pontuaram mais em quase todas as dimensões e no global da escala, excetuando nas “Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente”, onde se destacam os participantes que possuem uma carga horária semanal de 42 horas. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Erro e segurança do doente” e no global da escala ($p < 0,05$) (cf. tabela 14).

Tabela 14 - Teste de Kruskal-Wallis entre a carga horária semanal e a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

Dimensões	Variável	Carga horária semanal			p
		35 horas Ordenação Média	40 horas Ordenação Média	42 horas Ordenação Média	
Erro e segurança do doente		<u>157,74</u>	112,07	69,67	<u>0,001</u>
Segurança do Sistema de Saúde		<u>155,07</u>	119,96	137,08	0,067
Influência Pessoal sobre Segurança		<u>155,15</u>	122,28	119,92	0,066
Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente		150,13	140,96	<u>223,83</u>	0,077
Global da escala		<u>157,63</u>	105,61	113,33	<u>0,002</u>

Nível de literacia em segurança do doente

Constatou-se que 44,0% dos profissionais de saúde apresentaram baixa literacia na dimensão “Erro e segurança do doente”, com 36,0% a manifestarem elevada literacia (36,0%). Na dimensão “Segurança do Sistema de Saúde”, também há uma prevalência de 44,7% de baixa literacia, seguindo-se os profissionais com elevada literacia (39,7%). Em relação à dimensão “Influência Pessoal sobre Segurança”, um pouco mais de metade da amostra (52,7%) apresenta elevada literacia, mas 32,3% tem baixa literacia. Na dimensão “Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente”, há um predomínio de participantes com baixa literacia (54,7%), secundados pelos que apresentam elevada literacia (37,0%) (cf. tabela 15).

Tabela 15 - Nível de literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados

Erro e segurança do doente	n	%
Baixa	132	<u>44,0</u>
Moderada	60	20,0
Elevada	108	36,0
Segurança do Sistema de Saúde		
Baixa	134	<u>44,7</u>
Moderada	47	15,7
Elevada	119	39,7

Influência Pessoal sobre Segurança		
Baixa	97	32,3
Moderada	45	15,0
Elevada	158	<u>52,7</u>
Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente		
Baixa	164	<u>54,7</u>
Moderada	25	8,3
Elevada	111	37,0

Análise e discussão

O perfil sociodemográfico e profissional de uma amostra de 300 profissionais de saúde a exercer funções num Centro Hospitalar da zona centro do País revela uma maioria de participantes do sexo feminino (76,3%), com uma idade mínima e máxima a oscilar entre os 26 e os 66 anos, correspondendo-lhe uma média de $43,86 \pm 9,38$ anos, com predomínio dos profissionais de saúde na faixa etária dos 36-50 anos (50,3%). No total da amostra, os profissionais de saúde possuíam uma média de $20,48 \pm 8,95$ anos de tempo de experiência profissional. Maioritariamente estão representados os enfermeiros (90,0%), entre os quais prevalecem os que exercem funções de enfermeiro de cuidados gerais (73,0%). A grande maioria dos profissionais de saúde (86%) trabalhavam 35 horas, com 66,3% a praticar horário por turnos. Quase a totalidade da amostra (93,0%) não exerce funções de gestão ou chefia. De igual modo, Brasaite et al. (2016), no seu estudo quantitativo em três hospitais multidisciplinares na Lituânia Ocidental, numa amostra constituída por 1.082 profissionais de saúde, prevaleceram os enfermeiros (70%, incluindo 54 enfermeiros chefes), com uma média de idade de $46,7 \pm 10,9$ anos, com quase a totalidade do sexo feminino (91,4%), possuindo uma média de experiência profissional de 23,9 anos, com uma carga semanal de 39,9 horas. A maior parte dos profissionais de saúde trabalhavam por turnos (60,9%).

Na amostra estudada em quase todas as dimensões da segurança do doente prevaleceu o nível baixo de literacia: “Erro e segurança do doente” (44,0%), “Segurança do Sistema de Saúde” (44,7%), “Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente” (54,7%). Apenas na dimensão “Influência Pessoal sobre Segurança” (52,7%) um pouco mais de metade dos profissionais de saúde revelaram elevada literacia. Estes resultados corroboram as evidências do estudo de Kim et al. (2020), cujo objetivo, que envolvia pré e pós-testes, foi analisar a eficácia de um programa de formação sobre segurança dos doentes, desenvolvido para o *Comprehensive Plans for Patient Safety* (2018–2022), na Coreia. Os autores constaram que, antes da formação, existia um baixo nível de literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente, com aumento significativo de elevada literacia na pós formação, onde a maioria dos profissionais de saúde relatou que a formação contribuiu para “uma hospitalização segura”. Face a estes resultados, os autores sugerem que, para melhorar a literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente, é indispensável proporcionar mais formação quer nos currículos de base, quer em serviço, o que resulta numa otimização da comunicação, dos conhecimentos, das competências e das atitudes dos profissionais de saúde para manter e promover uma cultura de segurança do doente em ambiente hospitalar. Neste contexto, no presente estudo, constatou-se que a grande maioria dos profissionais de saúde referiu que a segurança do doente não foi ensinada na sua universidade/escola (69,0%), o que reforça as sugestões propostas por Kim et al. (2020), sendo também consensual com Morrison et al. (2021), que defendem que a segurança do doente deveria ser um conteúdo lecionado nos cursos de base, constituindo-se uma Unidade Curricular, o que se traduziria numa redução de erros, maior segurança

do Sistema de Saúde, atitudes pessoais para a segurança do doente e influência pessoal sobre segurança do doente mais positivas. Kosydar-Bochenek et al. (2022), no seu estudo realizado em cinco países europeus (Polónia, Espanha, França, Turquia e Grécia), avaliaram a literacia de 1061 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e paramédicos) sobre a segurança do doente, através da versão curta do *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ), também constaram nível baixo de literacia. Os paramédicos obtiveram pontuações significativamente mais baixas em comparação com enfermeiros e médicos. As perceções dos participantes sobre o clima de segurança do doente não se encontravam num nível particularmente satisfatório, sugerindo a necessidade de desenvolvimento de uma cultura de segurança dos doentes nos cuidados de saúde na Europa.

Brasaitė et al. (2016), entre médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, registram um nível bastante baixo de literacia em matéria de segurança, especialmente no que diz respeito aos conhecimentos relativos à segurança geral dos doentes. Os fatores de base dos profissionais de saúde, tais como a categoria profissional, as habilitações literárias, a informação sobre a segurança do doente que lhes foi dada durante a sua formação profissional e contínua, bem como a sua experiência na sua área de atuação associaram-se às várias áreas da literacia sobre a segurança do doente. Apesar de uma grande variação nos fatores de base, o nível de literacia dos inquiridos foi geralmente considerado baixo, particularmente no que concerne a questões específicas, tais como a medicação, infeção associada aos cuidados de saúde, quedas e prevenção de lesões por pressão. Foi registado que 62,2% dos profissionais de saúde da Lituânia não tinham recebido qualquer formação sobre a segurança dos doentes durante a sua formação de base, mas um pouco mais de metade (54,4%) tinha participado em formação contínua, após a formação profissional; 80% dos inquiridos não relataram quaisquer incidentes de segurança dos doentes durante o último ano, aquando da realização do estudo.

Os profissionais de saúde podem melhorar os seus níveis de literacia sobre segurança do doente através de formação contínua e formação em serviço, sendo também de destacar essa importância na formação de base, o que inclui formação que lhes permitem identificar as diferenças entre erros, incidente, quase evento, evento sem danos, dano, como notificar incidentes e erros de segurança dos doentes, como utilizar práticas recomendadas para o tratamento de doentes e como lutar por uma boa colaboração e melhorar a comunicação numa equipa multiprofissional (Kosydar-Bochenek et al., 2022). A literacia em saúde afeta quer a perceção e a gestão das pessoas em relação ao seu estado de saúde, quer as suas atividades de cuidados de saúde. Estudos têm demonstrado que uma fraca literacia em segurança dos cuidados ameaça a segurança dos doentes, levando a incidentes e a erros, com danos ou sem danos. Por conseguinte, a segurança dos doentes depende em grande medida da informação sobre os cuidados de saúde corretamente realizados aos doentes e devidamente compreendidos por eles. A literacia em segurança dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde está no centro do planeamento e das atividades de segurança dos doentes (Kim et al., 2020; Morrison et al., 2021). Deste modo, é importante fazer valer os cinco pilares do Plano Nacional de Segurança do Doente 2021/2026 (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro), nomeadamente: Cultura de Segurança, Liderança e Governança, Comunicação, Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente e Práticas Seguras em Ambientes Seguros.

As variáveis com relevância estatisticamente significativas foram a idade, a profissão, o tempo de exercício profissional, a carga horária semanal, o tipo de horário, acumular funções, e gostar da profissão ($p < 0,05$). Assim, aferiu-se que os enfermeiros na faixa etária dos 36-50 anos, os enfermeiros, possuir mais tempo de exercício profissional, os profissionais com carga horária semanal de 35 horas, com horário fixo, que não acumulam funções e os que gostam bastante da profissão foram os participantes com mais literacia em segurança do doente. No seu estudo, Tocco et al. (2021) também verificaram que os

enfermeiros são os profissionais de saúde que possuem mais literacia em segurança do doente, bem como os profissionais com mais tempo de exercício profissional e com menos carga horária semanal. As evidências do estudo de Konlan e Shin (2022) revelam que os fatores associados à segurança do doente foram as habilitações académicas, a categoria profissional, a carga horária semanal, a participação num programa formativo sobre a segurança do doente, a notificação de eventos adversos, a abertura à comunicação entre os membros da equipa multiprofissional, a aprendizagem organizacional, o trabalho de equipa, o ambiente físico, a troca de *feedback* sobre os erros e o apoio por parte da gestão hospitalar. É fundamental a instituição de uma cultura de segurança nas organizações de saúde, sendo reconhecida como uma estratégia fundamental para garantir a segurança dos doentes, reduzir os erros e melhorar a qualidade dos cuidados. Uma cultura de segurança é importante para a prestação de cuidados seguros e de alta qualidade, bem como para o bem-estar dos próprios profissionais de saúde (Tocco et al., 2021; Konlan & Shin, 2022). Num estudo anterior de Hsaio et al. (2010), verificou-se que o aumento da experiência profissional estava correlacionado com o aumento da literacia dos profissionais de saúde em segurança dos doentes.

Importa reforçar que a OMS (2021), no seu Plano de Ação Global de Segurança do Paciente 2021-2030, reforça que o dano doente, devido a cuidados inseguros, se assume como um enorme e crescente desafio global de saúde pública, constituindo-se como uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo, sendo grande parte desse dano ao doente evitável. Assim, é necessários que todos os países se esforcem para alcançar a cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, com efeitos benéficos a um melhor acesso aos serviços de saúde sem prejuízo da segurança do doente. Os benefícios em possuir uma abordagem estratégica e coordenada ao nível da segurança do doente, abordando as causas comuns dos danos e as abordagens para preveni-los, têm vindo a ser continuamente reconhecidos por formuladores de políticas, líderes políticos e de saúde em todo o mundo. A expressão desta preocupação, nos últimos anos, culminou na adoção pela Septuagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde, em 2019, da resolução WHA72.6 sobre “Ação global na segurança do doente”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar a literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente tem-se revelado uma tarefa complexa, principalmente porque não existem modelos sistemáticos de avaliação. Mediante tal, a OMS tem vindo a propor uma avaliação baseada na investigação de tópicos que constam nos currícula dos cursos na área da saúde, como forma de identificar os conteúdos comuns, a nível de frequência, e os conteúdos menos explorados, disponibilizados no *Patient safety curriculum guide: multi-professional edition* (OMS, 2011), um guia centrado na formação dos profissionais de saúde e que serve de coadjuvante aos professores/formadores para abordarem a temática. Neste pressuposto, a utilização de instrumentos confiáveis é crucial para a verificação da necessidade de intervenção na área da segurança do doente. O desenvolvimento e a validação de escalas são essenciais ao nível da investigação em ciências da saúde. Como refere Coutinho (2021), para que os instrumentos de recolha de dados sejam úteis, devem passar por uma validação psicométrica adequada, incluindo a demonstração das propriedades de medidas transversais e longitudinais, tendo sido este um dos objetivos da presente tese, ou seja, tradução e adaptação transcultural para português e validação da escala “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde. A validação de escalas é fundamental para grande parte do trabalho nas ciências da saúde, sociais e comportamentais. As escalas são uma manifestação de constructos latentes; avaliam comportamentos, atitudes e cenários hipotéticos que esperamos que existam como resultado da nossa compreensão teórica do mundo, mas que não podemos avaliar diretamente (Boateng et al., 2018).

Após a realização dos estudos que foram realizados ao longo deste percurso formativo, assume-se como premente que os profissionais de saúde tenham acesso a mais formação (inicial, em serviço e contínua) para a aquisição de literacia em segurança dos doentes. Esta ilação advém do facto de se ter verificado que 44,0% dos profissionais de saúde apresentaram baixa literacia na dimensão “Erro e segurança do doente”; na dimensão “Segurança do Sistema de Saúde”, com prevalência de 44,7% de baixa literacia; em relação à dimensão “Influência Pessoal sobre Segurança”, um pouco mais de metade da amostra (52,7%) apresenta elevada literacia; na dimensão “Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente”, há um predomínio de participantes com baixa literacia (54,7%). Estas foram as evidências resultantes do estudo estudo quantitativo, descritivo-correlacional, em corte transversal *Literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente*, numa amostra 300 profissionais de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal, com a aplicação do “Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde, após a sua tradução adaptação transcultural e validação, que implicou seis etapas: 1) tradução do questionário original; 2) retrotradução; 3) apreciação formal de equivalência; 4) avaliação por um perito em língua portuguesa e por um perito na área da saúde e em língua inglesa; 5) apreciação final por especialistas na área e 6) aplicação de um pré-teste a 30 profissionais de saúde, para avaliação da confiabilidade do questionário.

Neste âmbito, têm sido realizados estudos para testar a hipótese da educação e formação para a segurança do doente e o seu impacto na cultura de segurança do doente. Por exemplo, AbuAlRub realizou um estudo quase-experimental para examinar o impacto das intervenções educativas sobre a segurança do doente tendo em conta as perceções de enfermeiros relativamente à cultura de segurança e revelou melhorias significativas nas pontuações positivas dos enfermeiros relativamente à “Frequência da comunicação de eventos” (Média=54,2% no pré-teste vs. 64,3% no pós-teste $p=0,043$) e à “Resposta não punitiva aos erros” (Média= 16,9%vs. 26,2% $p=0,041$) (AbuAlRub e Abu Alhijaa, 2014). Foram encontrados efeitos semelhantes nas pontuações médias pós-teste na cultura de

segurança do doente no grupo experimental em comparação com o grupo de controlo após a implementação do programa de educação/formação, o que também está em conformidade com um outro ensaio controlado aleatório de Amiri et al. (2018), no qual os profissionais de saúde apresentavam entre baixa literacia a moderada literacia na área. Estas evidências são corroboradas com os resultados encontrados no nosso estudo *Literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente*, numa amostra 300 profissionais de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal, que indicou que a maioria dos participantes revela baixa literacia. Parente et al. (2024, p. 2) salientam que a “educação permanente em saúde se caracteriza como a aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, adaptados às necessidades e às realidades locais”. Esta, ainda em conformidade com os mesmos autores, “baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação e gera reflexão do processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço”.

Ao longo de todo o processo investigativo rigoroso e sistemático, constatou-se que um grande número de estudos sugere que o estabelecimento e o reforço das relações entre doentes e profissionais de saúde, caracterizadas pela transparência, respeito, confiança e empatia, são uma condição *sine qua non*, traduzindo-se em benefícios para os doentes/família, para os profissionais de saúde e para todo o sistema de saúde. No entanto, também se constatou que, devido à redução do pessoal e às pressões de tempo, a segurança do doente nem sempre é totalmente assegurada, em vários contextos de cuidados de saúde. Além disso, os profissionais de saúde não são avaliados pelo seu desempenho profissional a este nível e estão frequentemente sujeitos a pressões de trabalho excessivas, o que pode resultar em elevados níveis de stresse e, em última instância, em *burnout*, o que se repercute em práticas que colocam em causa a segurança do doente.

Apesar do reconhecimento crescente da importância da literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente, a mesma ainda é muitas vezes subestimada. Assim, para se ultrapassar esta subestimação, realizou-se um Programa de Formação em Serviço em Segurança do Doente/Proposta de um Curso em Segurança do Utente/Doente com base no *Multiprofessional Guide* da Organização Mundial de Saúde, como formas de se capacitar mais os profissionais de saúde a dar um contributo substancial para melhorar a segurança do doente e a sua própria segurança.

A necessidade de promover ainda mais a capacitação dos profissionais de saúde na segurança do doente é também sublinhada pelo papel fundamental que o fator humano pode desempenhar na garantia da segurança, como defendem Hollnagel et al. (2015). De facto, de acordo com a abordagem tradicional da gestão do risco, a falibilidade humana existe e pode ser eficazmente resolvida através da introdução de alterações no sistema e da melhoria das práticas que podem evitar acontecimentos adversos e atenuar os seus efeitos (Rimondini et al., 2015). A literatura mais recente propõe uma visão diferente da variabilidade humana, abordando-a como um recurso precioso que reforça a flexibilidade e a resiliência do sistema, ou seja, a capacidade de um sistema para lidar com variações inesperadas e inseguras, restaurando rapidamente um nível aceitável de variabilidade capaz de evitar a ocorrência de acontecimentos adversos (Rimondini et al., 2019). Todas as partes envolvidas nos cuidados de saúde desempenham um papel significativo na obtenção da segurança do doente, que é uma preocupação a nível global para garantir a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade. Mais de 80% dos incidentes de segurança sofridos pelos doentes são evitáveis através da promoção da melhoria contínua da cultura de segurança (OMS, 2020). Como preconiza o mesmo organismo, nos sistemas de saúde a nível mundial, uma cultura de segurança dos doentes deve ser caracterizada pela transparência, comunicação, trabalho de equipa e uma liderança forte, sendo este um caminho por excelência para garantir que os doentes recebem cuidados fiáveis e seguros.

Além disso, outros fatores desfavoráveis, como a escassez de profissionais de saúde, estruturas insuficientes e sobrelotação, falta de material de saúde e higiene e saneamento inadequados, contribuem para a prestação de cuidados de saúde inseguros, sobretudo em países em desenvolvimento (OMS, 2020). Seguindo-se esta lógica, é necessária uma abordagem completa e abrangente para gerir eficazmente esta situação, sendo uma delas a promoção de mais literacia em segurança do doente aos profissionais de saúde, sem exceção. É indispensável que se continue a avaliar as perspetivas e necessidades de formação dos profissionais de saúde em matéria de segurança do doente. As organizações de saúde não devem ver a segurança do doente como uma pressão crescente, para como um meio para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, o que leva a considerar a cultura de segurança do doente uma questão central e premente. A segurança do doente é a ausência de danos evitáveis durante o processo de prestação de cuidados de saúde e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se às noções coletivas dos conhecimentos atuais, dos recursos disponíveis e do contexto em que os cuidados são prestados, ponderados em relação ao risco de não tratamento ou de outro tratamento (OMS, 2011). Todavia, Mohammed et al. (2019) referem que, nos últimos anos, os esforços globais para reduzir o peso dos danos causados aos doentes não registaram mudanças substanciais, apesar do trabalho pioneiro em alguns contextos de prestação de cuidados de saúde. Verificaram-se melhorias sistémicas limitadas na segurança do doente a nível mundial e, em algumas situações, os esforços foram pouco sustentados e descoordenados.

Devido ao vasto impacto adverso das falhas na segurança dos doentes e nos profissionais de saúde, a sua prevenção deve ser uma prioridade máxima para os sistemas de saúde nacionais e locais. A criação de uma cultura de segurança nas organizações de cuidados de saúde tem sido reconhecida como uma estratégia fundamental para garantir a segurança dos doentes, reduzir os erros e melhorar a qualidade dos cuidados (Rodziewicz et al., 2020). De acordo com a literatura, a implementação de intervenções de segurança, como a educação/formação dos profissionais de saúde, a formação do trabalho em equipa e a formação de equipas de segurança, tem sido associada a melhorias na cultura de segurança dos doentes. Neste pressuposto, os resultados encontrados sugerem efetivamente a necessidade de uma maior aposta na educação e a formação dos profissionais de saúde, que têm sido sugeridas como uma importante estratégia de intervenção para melhorar a cultura de segurança dos doentes e têm sido amplamente utilizadas nos países desenvolvidos (Buljac-Samardzic et al., 2020).

Face ao que foi exposto e dos resultados obtidos, para se conseguir uma cultura de segurança do doente é necessário compreender os valores, atitudes, crenças e normas que são importantes para a organização dos cuidados de saúde e quais as atitudes e comportamentos adequados e esperados para a segurança dos doentes, o que implica uma avaliação sistemática e formação contínua. As intervenções de segurança do doente bem-concebidas têm de ser integradas nas políticas organizacionais para que se possa abordar todas as dimensões da cultura de segurança dos doentes. De facto, a qualidade dos cuidados de saúde assenta no princípio básico *Primum Non Nocere*, que implica que os profissionais de saúde são responsáveis por não causar danos ao doente e por prevenir resultados negativos relacionados com a assistência. Os esforços para reduzir os danos causados aos doentes, durante os cuidados de saúde, podem conduzir à redução de custos financeiros significativos e, mais importante, a melhores resultados para os doentes, com redução das taxas de morbilidade e mortalidade que lhes estão subjacentes. É imperativo também atender-se ao facto de os sistemas de cuidados de saúde estarem a tornar-se cada vez mais complexos e vários fatores, como o local de trabalho ou os equipamentos, conduzem a acontecimentos adversos indesejáveis (Segura-García et al., 2023). Para prevenir os riscos, são necessários profissionais de saúde empenhados e com formação em

segurança do doente. Assim, profissionais capazes de gerar e resolver incidentes, bem como uma cultura em segurança do doente são pontos cruciais para garantir o sucesso das estratégias de melhoria nos sistemas de saúde.

A cultura de segurança do doente corresponde ao conjunto de valores e políticas comuns partilhadas por todos os profissionais de saúde de uma organização. De facto, é um modelo mental que a entende como um objetivo e um compromisso comum a atingir. Esta cultura inclui vários fatores, tais como as características dos profissionais de saúde, as características institucionais, os equipamentos, os protocolos institucionais e a comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes (OCDE, 2022). Como tal, a literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente e a avaliação da cultura de segurança do doente são ações prévias para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares, bem como os resultados clínicos.

Os resultados obtidos permitem-nos identificar as seguintes estratégias para melhorar a segurança do doente, no caso concreto em ambiente hospitalar: (i) Promover o trabalho em equipa, aproveitar a atitude que existe no internamento e estendê-la a outras unidades; (ii) desenvolver uma estratégia de liderança entre todos os profissionais de saúde; (iii) promover a atitude de escuta ativa e dar apoio e suporte para a implementação de linhas de melhoria decorrentes do relatório de incidentes da segurança do doente; (iv) promover a boa comunicação para que a informação chegue aos profissionais da linha da frente; (v) ter em atenção a disposição e organização dos profissionais de saúde, os ritmos de trabalho e a pressão a que estão sujeitos; (vi) desenvolver ferramentas padronizadas que minimizem os riscos de perda de informação entre unidades e mudanças de turno; (vii) promover mais formação em serviço e formação contínua a todos os profissionais de saúde para terem uma literacia em segurança do doente ideal.

Importa ressaltar que, no caso dos estudantes de enfermagem, estes são inicialmente introduzidos aos conceitos de segurança do doente na sala de aula e através de experiências simuladas. Estes conceitos são reforçados mais tarde na sua formação em contexto clínico. Ambos os contextos proporcionam aos estudantes conhecimentos e competências essenciais. Uma análise recente da literatura sugere que pode ser difícil colmatar o fosso entre a teoria e a prática e inculcar os valores da cultura de segurança nos estudantes (Stanley et al., 2023). Assim sendo, na sala de aula, os formadores/docentes devem utilizar uma grande variedade de estratégias pedagógicas, incluindo palestras, estudos de casos (tanto de utilização única como de cenários de desenvolvimento), laboratórios de competências e exercícios de simulação. Os conceitos de segurança podem ser integrados nas aulas para inculcar a segurança do doente como uma competência essencial nos estudantes desde o início da sua formação, começando por introduzir explicitamente os conceitos de segurança em palestras, entre outras formas similares. Os docentes podem integrar conceitos de segurança fundamentais em aulas centradas nos fundamentos da enfermagem e introduzir gradualmente riscos de segurança específicos para populações ou doenças à medida que o currículo avança. Podem desenvolver os conceitos introduzidos nas aulas teóricas através de estudos de caso, que incluam cenários únicos e cenários de desdobramento, apresentarem aos alunos casos complexos de doentes que envolvem desafios relacionados com a segurança, para levar os estudantes a considerar os princípios de segurança do doente e as melhores práticas no seu processo de tomada de decisões.

Qualquer Instituição do Ensino Superior deve ter a plena noção de que a segurança do doente depende fortemente dos profissionais de saúde e da qualidade do ensino de formação de base, sendo estas duas pedras basulares da sua capacidade de segurança do doente. Para preparar melhor os profissionais de saúde para serem defensores da segurança do doente, as Instituições do Ensino Superior podem aproveitar normas estabelecidas e

estratégias de ensino baseadas em evidências para integrar conceitos de segurança do doente no seu currículo de licenciatura, abrangendo tanto a educação/formação em sala de aula como nos ensinamentos clínicos. Podem também manter o compromisso de introduzir uma cultura de segurança e cultivar parcerias mutuamente benéficas com as várias organizações de saúde. Por último, a educação é e deve continuar a ser uma disciplina dinâmica, adaptando-se perpetuamente ao panorama em evolução dos cuidados de saúde modernos e da segurança do doente.

Os resultados encontrados convidam-nos a aprofundar esta linha de trabalho e aplicar o “KIT TOOL-S2 TEXT. Questionário de Avaliação da Implementação do Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde, validado e adaptado para a população portuguesa, uma ferramenta estruturada. Assim, as estratégias de intervenção e os esforços devem centrar-se na manutenção dos pontos fortes encontrados e na priorização de ações de melhoria dos pontos menos valorizados.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Este trabalho de investigação proporcionou um avanço substancial nos conhecimentos acerca da literacia dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente. Adicionalmente, possibilitou a adaptação e validação de dois questionários da Organização Mundial de Saúde para profissionais de saúde portugueses, reforçando a sua adequação e validade para uso em Portugal.

A prática baseada em evidências tem vindo a ganhar força na Enfermagem. Os resultados da investigação, os conhecimentos da ciência, clínicos e a opinião de peritos são todos considerados evidências. No entanto, as práticas baseadas nos resultados da investigação têm mais probabilidades de produzir os resultados desejados para os doentes em vários contextos e localizações geográficas. O ímpeto para a prática baseada em evidências foi condição *sine qua non* ao longo de todo este percurso formativo, culminando em novos projetos e novas oportunidades para que os cuidados de saúde sejam mais seguros, mais individualizados, mais eficazes e dinâmicos, bem como para maximizar os efeitos de julgamento clínico. Quando a evidência é utilizada para definir as melhores práticas e não para apoiar as práticas existentes, os cuidados de saúde acompanham os últimos avanços tecnológicos e tiram partido dos novos desenvolvimentos do conhecimento.

As práticas e tomadas de decisão baseadas em evidências têm sido consistentemente associadas à melhoria da qualidade dos cuidados, à segurança dos doentes e a muitos resultados clínicos positivos vertidos em relatórios. As práticas baseadas em evidências de qualidade e recentes são o padrão reconhecido e desejado pelos profissionais de saúde transdisciplinares e são apoiadas por organizações nacionais, internacionais, pois os pressupostos que lhes são subjacentes são que estas práticas resultam em melhores resultados para os doentes e estão associadas à redução de erros, riscos e custos.

Com o investimento sucessivo em investigação relacionada com a saúde, para além dos investimentos na gestão e prestação de cuidados de saúde e serviços de saúde pública, tem havido uma atenção crescente com o impacto da investigação em saúde para explorar e explicar as consequências destes investimentos e informar o planeamento estratégico. A pertinência reflete-se numa maior atenção à utilidade e ao impacto da investigação no domínio da saúde, com os profissionais a envolverem-se cada vez mais na avaliação da pertinência, como contributo para os melhores processos de decisão.

Neste sentido, a *scoping review* permitiu constatar que já foram implementados alguns programas de formação em segurança do doente para profissionais de saúde, em países como Estados Unidos da América, Inglaterra, Noruega, Brasil, Irão e Canadá. As evidências sugerem que estes programas têm o potencial de criar uma forte cultura de segurança do doente nas instituições de saúde. De facto, os programas de formação existentes, nos países estudados, revelam-se ser um modelo promissor para melhorar as práticas dos profissionais de saúde e são fundamentais para a aprendizagem contínua em todas as áreas da saúde, independentemente do contexto.

Com a validação de dois questionários, um de avaliação da implementação do “Multiprofessional Guide” da Organização Mundial de Saúde (KIT TOOL-S2 TEXT) e outro para avaliar a literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados, conseguimos um instrumento robusto e de grande relevância para o estudo da literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados.

O estudo quantitativo, descritivo-correlacional, realizado numa amostra de 300 profissionais de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal, revelou que ainda há uma prevalência significativa de profissionais de saúde com baixa literacia na área de segurança do doente. Isto reforça a necessidade de investimento em formação nesta área, de forma a garantir a confiança dos cidadãos nas práticas profissionais e no sistema de saúde.

Em resposta a estas necessidades, e com base nas evidências obtidas e no conhecimento gerado até à data, propõe-se a criação de um Programa de Formação em Serviço em Segurança do Doente, fundamentado no Multiprofessional Guide da Organização Mundial de Saúde. Acreditamos que a segurança do doente deve ser uma nova ciência básica para a formação profissional, e a criação deste programa é um passo fundamental nesta direção.

Reconhecemos, no entanto, os desafios associados à incorporação da segurança do doente na educação e na formação. A mudança de paradigma para uma cultura mais focada na segurança do doente requer o compromisso de todos, desde profissionais de saúde a gestores e decisores políticos. O nosso estudo aponta neste sentido, e esperamos que as suas conclusões possam contribuir para esta mudança essencial na formação dos profissionais de saúde, na promoção de uma cultura de segurança do doente e na qualidade dos cuidados de saúde em Portugal.

Todo o processo investigativo e evidências obtidas dos estudos realizados, e como contributos das mesmas para a prática profissional, assume-se, como condição *sine qua non*, maior sensibilização, educação e formação dos profissionais de saúde para estarem mais despertos para a importância de terem mais e melhor formação em segurança do doente. Podem ser organizados fóruns, seminários e congressos para todos os profissionais, a fim de os preparar para os desafios associados à sua prática profissional em matéria de segurança do doente, seja em que contexto for. É igualmente importante avaliar-se sistematicamente os seus conhecimentos para detetar vulnerabilidades que possam colocar em risco a segurança do doente. Reitera-se que as competências em segurança do doente são uma das principais ferramentas para garantir uma prática segura e cuidados de saúde de excelência. Os órgãos de gestão das instituições de saúde têm um papel central para se desenvolverem boas competências em matéria de segurança dos doentes. Neste contexto, é imprescindível um estilo de liderança transformacional, pois tem uma grande influência na criação de um clima de segurança positivo, ao contrário de um estilo de liderança mais *laissez-faire* que tende a centrar-se numa cultura de culpa.

Por fim, acresce reforçar que o percurso como doutoranda inseriu-se numa lógica de continuidade do percurso profissional e pessoal, motivados por fatores intrínsecos à minha vocação pela área. Assim, consideramos que este caminho traçado com resiliência potenciou a continuidade para a evolução, bem como iniciarmos e desbravarmos outros caminhos. A experiência académica e profissional serviu de base a esta paixão e preparou-nos adequadamente para uma maior metamorfose. O que aprendemos durante este percurso foi o valor do trabalho árduo, como parte de uma unidade, e sobre fazer sacrifícios pessoais para o bem maior que é a dignidade da Pessoa Humana, traduzida na questão da segurança do doente. Temos consciência que ainda há muito por desbravar, de continuar a apostar na nossa formação. Querer ir mais além, equivale a desinquietarmos constantemente, não nos acomodarmos. Como seres humanos, se conseguirmos esta proeza, seremos seres com sede de crescimento pessoal e profissional, um sentimento que me assola constantemente.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, a amostra foi restrita a um único centro hospitalar da região centro de Portugal, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões ou contextos. Além disso, a metodologia utilizada foi principalmente quantitativa, o que

pode não captar todas as nuances e percepções dos profissionais de saúde sobre a segurança do doente.

Para futuras linhas de investigação, recomenda-se a realização de estudos multicêntricos que incluam uma maior diversidade de instituições de saúde. Além disso, a incorporação de abordagens qualitativas poderia proporcionar uma compreensão mais profunda das experiências e desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na implementação de práticas de segurança do doente.

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DO CONHECIMENTO

Artigos publicados

- Amaral, C., Sequeira, C., Albacar-Riobóo, N., Coelho, J., Pinho, L. G., & Ferré-Grau, C. (2023). Patient Safety Training Programs for Health Care Professionals: A Scoping Review. *Journal of patient safety*, 19(1), 48–58. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001067>
- Amaral, C., Sequeira, C., Albacar-Riobóo, N., Pinho, L. G., & Ferré-Grau, C. (2024). KIT TOOL-S2 for the Portuguese healthcare professional: A psychometric analysis. *Portuguese Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1159/000538386>¹

Artigos submetidos para publicação

- Amaral, C., Sequeira, C., Albacar-Riobóo, N., Pinho, L. G., & Ferré-Grau, C. (in press). Health professionals' literacy about patient safety. *Millenium*.

Protocolo registado

- Amaral, C. (2021, January 10). Protocolo scoping review -Programas de formação sobre segurança do doente dedicados a profissionais de saúde. Retrieved from osf.io/rcbew

Publicação de livros / capítulos de livros

- Catarina Amaral, Ana Almeida Ribeiro, Madalena Carvalho (2023). *Literacia em Segurança dos Cuidados de Saúde: Experiência do Centro Hospitalar Tondela-Viseu*. Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

¹ O link ainda não se encontra ativo.

Experiência como formador na área de enfermagem, em instituições de saúde e apoio social

		Duração
1	Amaral, C. (2022, 07 de fevereiro). Formadora na formação " Apresentação do Plano Nacional de segurança do Doente 2021-2026 ", no CHTV.	1h
2	Amaral, C. (2022). Formadora na formação " Segurança do Doente: erros de medicação ", no CHTV.	1h
3	Amaral, C. (2022). Formadora na formação " Qualidade /Risco Trabalho apresentado aos Enfermeiros em cargos de Direção ", no CHTV.	1h
4	Amaral, C. (2019). Formadora na formação " Projeto do manual de enfermagem do serviço ", no CHTV.	3h
5	Amaral, C. (2019). Formadora na formação " Envolvimento do Doente na Segurança dos Cuidados de Saúde ", no CHTV.	7h
6	Amaral, C. (2018, 20 de março). Formadora na formação " Apresentação da implementação do Projeto Piloto Literacia em segurança dos cuidados de saúde da DGS ", no CHTV.	1h
7	Amaral, C. (2018, 20 de março). Formadora na formação " Apresentação da implementação do Projeto Piloto Literacia em segurança dos cuidados de saúde da DGS, aos colaboradores no mesmo e Voluntários da Liga de Amigos do CHTV EPE " , no CHTV.	1h
8	Amaral, C. (2018, 05 de fevereiro). Formadora na formação " Envolvimento do doente na segurança dos cuidados de saúde ", no CHTV.	1h

Apresentação de comunicações orais em eventos científicos

- Amaral, C. (2017). Cuidados seguros em saúde materna e obstétrica. Apresentação realizada na Escola Superior de Enfermagem de Viseu (ESEV).
- Amaral, C. (2018). Literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados e impacto da implementação do Multiprofessional Guide. Apresentação realizada na Universidade Rovira i Virgili.
- Amaral, C. (2019). Literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados e impacto da implementação do Multiprofessional Guide. Comunicação livre apresentada na Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Líderes (APEGEL).
- Amaral, C. (2019). Flyer. XIV Encontro de Enfermagem do Centro Hospitalar de Leiria (CHL).
- Amaral, C. (2019). Trabalhar a literacia em saúde com cuidadores informais. Palestra apresentada na Mesa Construir Literacia em Saúde: Desafios e estratégias.
- Amaral, C. (2019). Literacia. Palestrante no Colóquio 2019 sobre Consulta de Enfermagem.
- Amaral, C. (2019). Literacia para a segurança dos cuidados de saúde. Palestra apresentada na Universitat Rovira i Virgili.

- Amaral, C. (2019). Literacia para a segurança dos cuidados de saúde: Projeto piloto no Dia Mundial da Higiene das Mãos. Preleção realizada no Departamento de Educação do CHTV.
- Amaral, C. (2020). Literacia dos profissionais e segurança dos cuidados. Apresentação realizada no I Encontro de Literacia e Saúde Mental Positiva.
- Amaral, C. (2021). Gestão do risco em tempos de pandemia Covid-19 e Sars-Cov2: Da prevenção à gestão do risco. Co-autoria em comunicação apresentada na Universidade de Aveiro.
- Amaral, C. (2021). Gestão de segurança e saúde no trabalho: Avaliação dos riscos de acidentes de trabalho na sala de partos e pandemia. Comunicação livre apresentada [nome do evento, se disponível].
- Amaral, C. (2021). Nascer em segurança: Checklist parto seguro (OMS). Preleção realizada no Seminário Nascer em Segurança, do CHTV.
- Amaral, C. (2021). Nascer em segurança: Fatores que contribuem para cuidados seguros. Preleção realizada no Seminário Nascer em Segurança, do CHTV.
- Amaral, C. (2022). Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica. Apresentação do livro do mês realizada na Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu.
- Amaral, C. (2022). Patient safety training programs for healthcare professionals: Scoping review. Palestra apresentada nas II Jornadas de Saúde Materna e Obstétrica - Barriga a Dois.
- Amaral, C. (2022). Pós-parto positivo - recomendações OMS. Palestra apresentada nas II Jornadas de Saúde Materna e Obstétrica - Barriga a Dois.
- Amaral, C. (2022). Medicação sem dano: Projeto de melhoria. Apresentação realizada no Seminário Medicação sem Dano, do CHTV.

Apresentação de Pósteres em eventos científicos

- Amaral, C. (2020). SARS-CoV-2. Poster co-autorado apresentado no 10º Congresso Internacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Líderes (APEGEL).
- Amaral, C. (2021). Gestão de segurança e saúde no trabalho: Avaliação dos riscos de acidentes de trabalho na sala de partos e pandemia.

Participação em projetos

	Projeto	Intervenção
1	2021- Atual Qualidade e Risco "Redução de Danos Evitáveis na prestação de Cuidados de Saúde"	Investigador Principal Centro Hospitalar Tondela-Viseu
	2021 - Atual <i>Projeto de Implementação - Multiprofissional Guide da OMS</i>	Investigador Coordenador Centro Hospitalar Tondela-Viseu
	2020 - ATUAL <i>Projeto Literacia em Saúde Mental Positiva</i>	Investigador Colaborador

		Centro Hospitalar Tondela-Viseu
2023	Qualidade e Risco Dar + Voz aos Doentes	Investigador Principal Centro Hospitalar Tondela-Viseu
2022	Qualidade e Risco Medicação sem Dano	Investigador Principal Centro Hospitalar Tondela-Viseu
2021	Qualidade e Risco Nascer em Segurança	Investigador Principal Centro Hospitalar Tondela-Viseu
2018 – 2019	<i>Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde</i>	<i>Coordenadora projeto-piloto</i> Centro Hospitalar Tondela-Viseu
2017 – 2019	<i>Projeto Literacia em Segurança dos Cuidados de Saúde Despacho nº6430/2017</i>	Investigador Colaborador Direção Geral de Saúde de Portugal

Estágio Internacional

O meu estágio internacional (cf. Anexo 8) foi desenvolvido sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Chaves, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Viseu. Durante este período, tive a oportunidade de envolver-me em diversas atividades focadas na área da literacia em segurança do doente, essenciais para aprofundar os meus conhecimentos e competências neste campo tão crucial da saúde. As atividades que desenvolvi incluíram:

- Reuniões de trabalho com a orientadora para o planeamento e operacionalização do estágio, o que permitiu um alinhamento eficaz dos objetivos e das expectativas, bem como a definição clara dos passos a seguir.
- Participação em sessões de trabalho com profissionais de saúde em contextos práticos, incluindo hospitais e centros de saúde, o que me permitiu observar e analisar as práticas de segurança do doente em ambientes reais. Estas experiências proporcionaram um entendimento profundo dos processos, dos protocolos e da importância da comunicação efetiva na prevenção de erros médicos.
- Lecionação de uma aula aos estudantes da Escola Superior de Saúde de Viseu, sobre literacia em segurança do doente. Esta aula permitiu não só partilhar o conhecimento adquirido, mas também sensibilizar os futuros profissionais de saúde para a importância de uma cultura de segurança robusta no ambiente de cuidados de saúde. Discutimos estratégias práticas para a identificação e prevenção de riscos, além de promover uma cultura de segurança que encoraja a comunicação aberta e a aprendizagem contínua entre os profissionais.

O estágio internacional sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Chaves foi uma experiência enriquecedora que me proporcionou uma perspectiva ampla e aprofundada sobre a literacia em segurança do doente. As atividades desenvolvidas contribuíram significativamente para o meu crescimento académico e profissional, reforçando a minha dedicação à educação e treino em segurança do doente como pilar fundamental da qualidade dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, M., Arora, S., Baker, P., Hayden, J., Vincent, C., & Sevdalis, N. (2013). Building capacity and capability for patient safety education: a train-the-trainers programme for senior doctors. *BMJ Qual Saf.*; 22(8), 618-25. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001626
- Al-Jabri, F., Kvist, T., Sund, R. *et al.* (2021). Quality of care and patient safety at healthcare institutions in Oman: quantitative study of the perspectives of patients and healthcare professionals. *BMC Health Serv Res* 21, 1109. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07152-2>
- Alwhaibi, M., AlRuthia, Y., Almalag, H., Alkofide, H., Balkhi, B., Almejel, A., & Alshammari, F. (2020). Pharmacy students' attitudes toward patient safety in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *BMC Med. Educ.*;20:275. doi: 10.1186/s12909-020-02197-z.
- Amiri, M., Khademian, Z., & Nikandish, R. (2018). The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*; 18, 158, 2-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1255-6>
- Araújo, J.S., Nascimento, H.M., Farre, A.G.M.C., Brito, R.O., Santos, J.P.A., & Vasconcelos, T.T.S. (2016). Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. *Cogitare Enferm.*; 21(4), 01-08.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Meth.*; 8(1), 19-32.
- Baernholdt, M., Jones, T.L., Anusiewicz, C.V., Campbell, C.M., Montgomery, A., Patrician, P.A., 2022. Development and testing of the quality improvement self-efficacy inventory. *West. J. Nurs. Res.* 44 (2), 159–168, 10.1177/2F0193945921994158.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine*, 25(24), 3186–3191. doi:10.1097/00007632-200012150-00014
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). *Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., & Young, S. L. (2018). *Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. Frontiers in Public Health*, 6. doi:10.3389/fpubh.2018.00149
- Brasaite, I., Kaunonen, M., Martinkenas, A., Mockiene, V., & Suominen, T. (2016). *Health Care Professionals' Knowledge Regarding Patient Safety. Clinical Nursing Research*, 26(3), 285–300. doi:10.1177/1054773816628796
- Bressan, V., Causero, G., Stevanin, S., Cadorin, L., Zanini, A., Bulfone, G., & Palese, A. (2021). Nursing Students' Knowledge of Patient Safety and Development of Competences Over their Academic Years: Findings from a Longitudinal Study. *Zdravstveno varstvo*, 60(2), 114–123. <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0017>
- Castle, N., & Ferguson, J.C. (2010). What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured? *The Gerontologist*; 50(4), 426-442. DOI: 10.1093/geront/gnq052
- Cavalcante, E.F.O. de, Pereira, I.R.B.O. de, Leite, M.J.V.F. de, Santos, A.M.D., & Cavalcante, C.A.A. (2019). Implementation of patient safety centers and the

- healthcare-associated infections. *Rev Gaucha Enferm.*; 40(spe):e20180306. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180306.
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Cropper, D.P., Harb, N.H., Said, P.A., Lemke, J.H. & Shamma, N.W. (2018). Implementation of a patient safety program at a tertiary health system: A longitudinal analysis of interventions and serious safety events. *J Healthc Risk Manag.*; 37(4),17-24. doi: 10.1002/jhrm.21319.
- Dadich, A., & Doloswala, N. (2018). What can organisational theory offer knowledge translation in healthcare? A thematic and lexical analysis. *BMC Health Services Research*, 18(351), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3121-y>
- De Miguel MS, de Elguea JO, Gómez-Gastiasoro A, Urcola F, Cid-Expósito MG, Torres-Enamorado D, Orkaizagirre-Gomara A. Patient safety and its relationship with specific self-efficacy, competence, and resilience among nursing students: A quantitative study. *Nurse Educ Today*. 2023 Feb;121:105701. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105701.
- Department of Health and Human Service (2020). *Healthy People 2030*. Disponível em: <https://health.gov/our-work/healthy-people-2030/about-healthy-people-2030/health-literacy-healthy-people>
- Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. Acedido em <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Desp%20%201400-A%202015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classificacao%20Int%20Seguranca%20do%20Paciente.pdf>
- El-Jardali, F., Sheikh, F., Garcia, N.A., Jamal, D., & Abdo, A. (2014). Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res.*; 14(1), 122, 2-15. 14:122 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/122>.
- European Network for Patient Safety (EUNetPaS). A General Guide for Education and Training in Patient Safety [Internet]. European commission. 2010
- Faria, P.L., Moreira, P.S., & Pinto, L.S. (2014). *Direito e segurança do doente In Segurança do doente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gabrani, A., Hoxha, A., Simaku, A., & Gabrani, J. (2015). *Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in Albanian hospitals: a cross-sectional study*. *BMJ Open*, 5(4), e006528–e006528. doi:10.1136/bmjopen-2014-006528
- Garzin, A. C. A., & Melleiro, M. M. (2019). Safety in the training of health professionals. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 18(4). <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i4.45780>
- Gupta, M., Soll, R., & Suresh, G. (2019). *The Relationship Between Patient Safety and Quality Improvement in Neonatology*. *Seminars in Perinatology*. doi:10.1053/j.semperi.2019.08.002
- Heidmann, A., Trindade, L.F, Schmidt, C.R, Loro, M.M., Fontana, R.T., & Kolankiewicz, A.C.B. (2020). Contributive factors for the consolidation of patient safety culture in

- the hospital environment. *Escola Anna Nery*, 24(1), e20190153. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0153>
- Heldal, F., Kongsvik, T., & Håland, E. (2019). Advancing the status of nursing: reconstructing professional nursing identity through patient safety work. *BMC Health Services Research*; 19, 418, 2-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4222-y>
- Hsaio, G.-Y., Chen, I.-J., Yu, S., Wei, I.-L., Fang, Y.-Y., & Tang, F.-I. (2009). *Nurses' knowledge of high-alert medications: instrument development and validation. Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 177–190. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05164.x
- Hughes RG (ed.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008.
- Institute of Medicine (US) Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1. (Lohr KN, ed.). Washington (DC): National Academies Press (US); 1990. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235462/>. Accessed April 15, 2019.
- KARACA, Anita; AKIN, Semiha*; HARMANCI SEREN, Arzu Kader. The Relationship Between Perceived Quality of Care and the Patient Safety Culture of Turkish Nurses. *Journal of Nursing Research* 30(4):p e223, August 2022. | DOI: 10.1097/jnr.0000000000000505
- Kear, T., & Ulrich, B. (2015). Patient Safety and Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Issues, Solutions, and Best Practices. *Nephrology Nursing Journal*, 42(2), 113-22. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26207273>
- Khoshakhlagh, A.H., Khatooni, E., Akbarzadeh, I. et al. Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. *BMC Health Serv Res* 19, 1009 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4863-x>
- Kim, Y. S., Kim, H. A., Kim, M. S., Kim, H. S., Kwak, M. J., Chun, J., Hwang, J. I., & Kim, H. (2020). How to Improve Patient Safety Literacy?. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 7308. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197308>
- Konlan, K.D., & Shin, J. (2022). The status and the factors that influence patient safety in health care institutions in Africa: A systematic review. *PLOS Glob Public Health* 2(12): e0001085. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001085>
- Kosydar-Bochenek, J.; Krupa, S.; Religa, D.; Friganovi´c, A.; Oomen, B.; Brioni, E.; Iordanou, S.; Suchoparski, M.; Knap, M.; M ędrzycka-D ąbrowska, W. The Perception of the Patient Safety Climate by Health Professionals during the COVID-19 Pandemic— International Research. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 9712. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159712>
- Kumbi, M., Hussen, A., Lette, A., Nuriye, S., & Morka, G. (2020). *Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study. Drug, Healthcare and Patient Safety, Volume 12, 1–14.* doi:10.2147/dhps.s198146
- Lohr KN, Schroeder SA. A Strategy for Quality Assurance in Medicare. *N Engl J Med*. 1990;322(10):707-712. doi:10.1056/NEJM199003083221031

- López-Hernández, L. B., Díaz, B. G., Zamora González, E. O., Montes-Hernández, K. I., Tlali Díaz, S. S., Toledo-Lozano, C. G., ... Vázquez Cárdenas, N. A. (2020). *Quality and Safety in Healthcare for Medical Students: Challenges and the Road Ahead. Healthcare, 8(4), 540.* doi:10.3390/healthcare8040540
- Lu, L., Ko, Y.-M., Chen, H.-Y., Chueh, J.-W., Chen, P.-Y., & Cooper, C. L. (2022). Patient Safety and Staff Well-Being: Organizational Culture as a Resource. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(6), 3722.* MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19063722>
- Luconi, F., Boillat, M., Mak, S., Chartrand, D., Korah, N., Daly, M., Teferra, M., & Gutberg, J. (2019). Patient Safety and Quality of Care are Everybody's Business: Evaluating the Impact of a Continuing Professional Development Program beyond Satisfaction. *MedEdPublish; 11-24.* <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000046.1>
- Malinowska-Lipień I, Micek A, Gabryś T, Kózka M, Gajda K, Gniadek A, Brzostek T, Squires A. Nurses and physicians attitudes towards factors related to hospitalized patient safety. *PLoS One.* 2021 Dec 7;16(12):e0260926. doi: 10.1371/journal.pone.0260926.
- Marsch A, Khodosh R, Porter M, Raad J, Samimi S, Schultz B, Chaney Strowd L, Vera L, Wong E, Smith GP. Implementing Patient Safety and Quality Improvement in Dermatology Part 1: Patient Safety Science. *J Am Acad Dermatol.* 2022 Feb 7:S0190-9622(22)00207-9. doi: 10.1016/j.jaad.2022.01.049
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.; 151(4), 264-269.*
- Morrison, A. K., Gibson, C., Higgins, C., & Gutzeit, M. (2021). Health Literacy-Related Safety Events: A Qualitative Study of Health Literacy Failures in Patient Safety Events. *Pediatric quality & safety, 6(4), e425.* <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000425>
- Nora, C.R.D., Zoboli, E., & Vieira, M.M. (2017). Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. *Rev Gaúcha Enferm.; 38(3):e64851, 1-9.* doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.64851
- Nygren, M., Roback, K., Öhrn, A., Rutberg, H., Rahmqvist, M., & Nilsen, P. (2013). Factors influencing patient safety in Sweden: perceptions of patient safety officers in the county councils. *BMC Health Serv Res.; 13, 52, 2-10.* doi: 10.1186/1472-6963-13-52.
- Oldland, E., Botti, M., Hutchinson, A. M., & Redley, B. (2020). A framework of nurses' responsibilities for quality healthcare — Exploration of content validity. *Collegian, 27(2), 150–163.* doi:10.1016/j.colegn.2019.07.007
- Organização Mundial da Saúde (2021). Plano de ação global para a segurança do paciente 2021–2030: para eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS (6ª ed.)* Lisboa: Edições Silabo, Lda.

- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026)*. Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. *Diário da República n.º 187/2021, Série II de 2021-09-24* Acedido em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., & Lackan, N. A. (2010). *What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature*. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156–165. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x
- Serranheira F, Sousa-Uva A, Sousa P, Leite E., & Pat Safety (2009). Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda. *Saúde & Trabalho: Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*; 7, 5-29. Disponível em: <http://spmtrabalho.com/images/pdf/st07.pdf>
- Šidlauskienė, I., Tverkienė, R., & Šiupšinskienė, N. (2022). The approach of healthcare professionals to patient safety. *Applied Scientific Research*, 1(1), 23–37. <https://doi.org/10.56131/tmt.2022.1.1.2>
- Silva, A. C. A., Silva, J. F., Santos, L. R. O., Avelino, F. V. S. D., Santos, A. M. R., & Pereira, A. F. M. (2016). A segurança do doente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*, 21, 1-9. Acedido em <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wpcontent/uploads/sites/28/2016/09/37763-184991-1-PB.pdf>
- Streiner, D.L., & Norrman, G.R. (2003). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. (3 ed.). Oxford: Oxford University Press.
- The Joanna Briggs Institute (2019). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Tocco Tussardi, I., Benoni, R., Moretti, F., Tardivo, S., Poli, A., Wu, A. W., ... Busch, I. M. (2021). *Patient Safety in the Eyes of Aspiring Healthcare Professionals: A Systematic Review of Their Attitudes*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7524. doi:10.3390/ijerph18147524
- VA Patient Safety Fellowships (2020). VA National Center for Patient Safety. Acedido em <https://www.patientsafety.va.gov/professionals/training/fellows.asp>
- Walston, S.L., Al-Omar, B.A., & Al-Mutari, F.A. (2010). Factors affecting the climate of hospital patient safety: A study of hospitals in Saudi Arabia. *Int J Health Care Qual Assur.*; 23(1), 35–50. DOI: 10.1108/09526861011010668
- Wami, S.D., Demssie, A.F., Wassie, M.M., & Ahmed, A.N. (2016). Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res.*; 16, 495, 2-10. doi: 10.1186/s12913-016-1757-z.
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). *Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy*. *Annals of Internal Medicine*, 158(5_Part_2), 369. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002
- Weaver, M.D., Landrigan, C.P., & Sullivan, J.P. (2023). National improvements in resident physician-reported patient safety after limiting first-year resident physicians' extended duration work shifts: a pooled analysis of prospective cohort studies. *BMJ Qual Saf* ;32:81–9.
- WHO. *Better Knowledge for Safer Care. Global Priorities for Research in Patient Safety* (first edition) The Research Priority Setting Working Group December 2008. Disponível em:

http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf

World Health Organization (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety. In: Version 1.1 final technical report January 2009.

World Health Organization (2011). *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*. SBN 978 92 4 150195 8. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf

World Health Organization (WHO). Guide for Developing National Patient Safety Policy and Strategic Plan. Geneva: WHO, Patient Safety Unit; 2014.

Anexo 1
**“Patient safety training programs for
healthcare professionals: A scoping review
protocol”**

“Patient safety training programs for healthcare professionals: A scoping review protocol”

Abstract

Introduction: Patient safety in health care is a global priority, which concerns all those involved and who depend on it. There is a need for an in-depth knowledge of the reality of particular contexts since such knowledge would allow to take measures that help to implement more training programs for health professionals, regardless of the context in which they operate. So it aims to map the evidence available on patient safety training programs for healthcare professionals, taking into account their structure and content.

Methods: Methodology proposed by the Joanna Briggs Institute, defining a scoping review protocol. It was adapted to identify the studies that meet the inclusion criteria previously outlined. The relevance analysis of the articles considered for this study, the extraction and synthesis of the data will be developed by two independent reviewers.

Results: Patient safety training programs for health professionals in several countries are expected to be a model for improving health professionals' practices, contributing to the dissemination of available evidence.

Conclusion: This scoping review is expected to contribute to highlighting the current state of knowledge about the topic. Also, the results of this review are expected to be assumed as the main guidelines for the development and applicability of training for health professionals in the area of patient safety.

Keywords: Patient safety; Training; Health professionals.

Introduction

The culture of safety and patient safety are the foundations of excellent care providing, on which all health care is inspired (Kear & Ulrich, 2015). Patients have the right to have access to quality care and “safety is one of the fundamental elements of quality in health” (Order n.º 1400-A/2015, 10 february 2015, p. 3882-(2)). Safety can actually be considered an essential factor for the credibility of citizens in the health system and in the National Health System, in particular (Faria, Moreira & Pinto, 2014; Araújo, Nascimento, Farre, Brito, Santos & Vasconcelos, 2016).

Sousa (2014) refers to the importance of safety for the visibility of the problem, for patients and health professionals, for managers and policy makers, but also for society in general. Safety is important because of its clinical, economic and social impact, and also because of the potential gains that may arise from it.

There can only be a culture of safety if health professionals are trained, which led the WHO to issue, in 2008, the document “Global Priorities for Research in Patient Safety” that warns of the importance of research in this area and the impact that it has in increasing knowledge. This document refers to the importance of establishing priorities in patient safety research, considering “inadequate competence training and skills” as a priority.

In Portugal, the improvement of the quality and safety of patients has been fostered through training carried out by the General Health Directorate and some institutions with responsibilities in the training of health professionals, namely the Portuguese Association for Hospital Development (APDH). Since 2012, the APDH has developed training plans in close partnership with Directorate-General for Health and support from Regional Health

Administrations (ARS). The training of health professionals requires knowledge related to the improvement of patient safety in order to meet their needs and expectations inasmuch as the provision of health care involves risks for the patient, professionals and managers (Serranheira, Sousa-Uva, Sousa & Leite, 2009).

The importance of patient safety has been gaining prominence around the world and, every day, health professionals face several challenges in how to offer safe care to patients. Patient safety training is one of the main tools to ensure a culture of safety.

In this context and in the face of patient safety and quality of health care issues, the World Health Organization has been taken action since 2002. In 2004, the first edition of the World Alliance for Patient Safety was created with a focus on the creation and development of policies and practices that promote patient safety for all member countries of the World Health Organization (*World Health Organization, 2008*). In this sense, some actions have been taken to raise awareness about patient safety situations and allow for their assessment. However, it is recognized as fundamental to better understand, obtain evidence and knowledge about the training programs that have been created / implemented in patient safety for health professionals, which will serve as a basis for the dissemination and support of the development of the theme in health services

However, patient safety in health services is enshrined in three aspects that have been pointed out as critical for its dissemination and development. These aspects refer to better understanding patient safety, obtaining evidence on patient safety for healthcare professionals, and gaining knowledge about the training programs that have been created/implemented (*World Health Organization, 2008*). The magnitude of this problem highlights the relevance of developing proactive attitudes in terms of patient safety, which implies more and better training for health professionals.

The use of peer-led trainings for health students has been addressed in many systematic reviews. However, to date, we did not find any review that addressed specifically patient safety training programs for health professionals. Therefore, the purpose of this scoping review is to examine the literature on patient safety training programs for healthcare professionals.

Methods

A *scoping review* is a literature review strategy used to identify and summarize the main concepts underlying a research area, in order to answer a specific question and identify gaps (Arksey & O'Malley, 2005). Several reasons may justify choosing to carry out a scoping review. Unlike other reviews that address relatively precise issues, such as a systematic review of the effectiveness of an intervention assessed by an accurate set of results, the scoping review can be used to map the main concepts underlying a research area, as well as to clarify the definitions of work and/or the conceptual limits of a topic. You can focus on one of these goals or all of them as a set (Arksey & O'Malley, 2005). The scoping reviews carried out with the aim of providing a 'map' of the available evidence can be carried out as a preliminary exercise before conducting a systematic review. They are useful for examining emerging evidence when it is not yet clear what other more specific issues can be asked and addressed that have value. This strategy has been widely used in research in evidence-based medicine to examine emerging evidence and outline the design of future studies, particularly when the literature is insufficient to conduct a systematic review (*The Joanna Briggs Institute, 2015*).

Given the scarcity of literature regarding training programs on patient safety for health professionals, the scoping review was considered the most appropriate method to carry out this study.

A typical systematic review answers a specific question based on very precise inclusion criteria. For example, a precise question can be asked based on the PICO elements (Population, Intervention, Comparison and Results), which are part of the inclusion criteria. A scoping review will have a broader scope, with correspondingly less restrictive inclusion criteria, which in this case translates into a question, based on the PCC elements (Population, Concept and Context; Population, Concept and Context) taking into account the inclusion criteria (JBI, 2019), which in the case translates into the following question:

- What are the existing patient safety training programs for health professionals, taking into account their structure and respective contents?

This question leaves the population quite “open” and implies that any health professional will be suitable for inclusion in the study, as long as they have participated in a program on patient safety. The intervention is also “open” to any type of patient safety program and does not stipulate that there will be any kind of measurement of the results or comparison involved. The "concept" of this *scoping review* (patient safety training programs) is also broad and can cover any type of result, provided it is a patient safety program for healthcare professionals. In the above-mentioned question, the 'context' is also left "open", so the evidence can come from any context (for example, geographic, hospital organization, service, professional category, among others).

An especially important point is that the question to be answered by the scoping review can be based on data from any type of evidence and research methodology and is not restricted to quantitative studies (or any other study design). However, this process is not prescriptive, that is, reviewers may decide that certain study designs are beyond the scope of their review or are not suitable enough to be considered (JBI, 2019). By way of example, this protocol specifies, as of now, that no opinion literature will be included. Due to the wide nature of scoping reviews, they are particularly useful for gathering evidence from disparate or heterogeneous sources. As such, in this scoping review any type of evidence (quantitative and/or qualitative) will be included. This strategy will allow to determine what is available and to represent the data using data mapping.

A systematic search strategy will be used as part of this review. 12 databases were searched to review studies concerning training programs on patient safety for health professionals, dated from January 2010 to March 2020: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; *MedicLatina*, via EBSCOhost – Research Databases; World Health Organization, Google Scholar, BVS – *Biblioteca Virtual da Saúde* (Virtual Health Library), PubMed, B-On, and RCAAP – *Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal* (Open Access Scientific Repositories of Portugal).

The initial search strategy used search terms mapped to Medical Subject Headings (MeSH). However, such strategy presented certain limitations, mainly in what concerns the lack of a specific MeSH term for training programs, and because the term "patient safety" was adopted by the MeSH from 2012 onwards. For this reason, a combined survey strategy was applied to search for terms a words contained in *abstracts* of several texts. Therefore, the research strategy consisted of the following terms: “patient safety” AND “training” AND “Health professionals”. The search was limited to primary research articles published in English from January 2010 to March 2020.

The screening process was based on the *Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) for conducting systematic reviews (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009) and on the *Joanna Briggs Institute* methodology in what concerns the guidelines for a *scoping review* (*The Joanna Briggs Institute*, 2015), which is assumed as part of the

research strategy. The full text of each article will be examined by two reviewers to determine whether it meets the study inclusion criteria. The reviewers will discuss until reaching consensus on the exclusion of articles. This review investigates patient safety training programs for healthcare professionals. Studies that include any health professionals at any stage of their professional development will be included; i.e., studies that are original research articles or reports that address patient safety training programs for healthcare professionals. Studies focusing on students in the health field will be excluded. Likewise, any study containing citations related to systematic reviews, opinions, congresses and abstracts will also be excluded.

The review context will not be restricted to any configuration or country of origin of the study, characteristics of the population (health professionals), or description of the training intervention. The results will be extracted by two researchers who, by consensus, will try to cancel any differences.

Data extraction

The data will be extracted by two independent reviewers, using the extraction tool developed by the researchers in line with the objective and the research question. During the data extraction process, this instrument can be revised and changed depending on the needs of the researchers. In the *scoping review*, the data extraction process can be called “charting the results”. This process provides the reader with a logical and descriptive summary of the results, in line with the objectives and the starting question. A draft table or form should be developed at the protocol stage to register the main source information, namely: the author, the reference and the results or findings relevant to the research question of the *scoping review*. This can be further refined in the review phase and the table or form subsequently updated. Some of the important information that the reviewers can choose to map is shown in table 1.

Extraction of study details and characteristics
Author (s)
Year of publication
Origin / country of origin (where the study was published or performed)
Objectives / Purpose
Study population and sample size (if applicable)
Methodology / methods
Type of intervention, comparison and details (e.g. duration of intervention) (if applicable)
Duration of the intervention (if applicable)
Results and details (if applicable)
Main findings related to the research question of the scoping review question

Table 1. Data extraction tool

The two reviewers will keep the records carefully to identify each study and facilitate their reference and tracking. As the reviewers collect the characteristics of each study, additional data may appear that may be useful to answer the research question. Result mapping can therefore be an iterative process by which the table is continuously updated. According to the JBI (2019) guidelines, the reviewers should familiarize themselves with the results of the study and with the extraction form by applying to two or three studies to ensure that all relevant results are extracted.

Data synthesis

This section should detail the data synthesis approach. The review should detail how the reviewers synthesized the data extracted from the included studies and detail the meta-aggregative approach and how they were applied to all included studies. Any deviations from the methods described in the protocol need to be clearly documented in the review to maintain transparency (JBI, 2019). The synthesis of data in a meta-aggregative review requires that reviewers perform a 3-step process, starting with:

- (i) Extraction of all findings from all included studies, with an attached illustration and establishing a level of credibility for each finding;
- (ii) Development of categories for sufficiently similar findings, with at least two findings per category;
- (iii) Develop one or more synthesized findings from at least two categories.

Reporting methods of data synthesis require that the reviewers describe:

- (i) What data/findings were considered in their review (that is, did the reviewers limited themselves to themes? or did they include other analytical data from the articles that could have been an observation by the author instead of a thematic analysis?);
- (i) The process by which the findings were identified (that is, repeated reading of the text or selection of topics only in the results section);
- (ii) How were the findings grouped to develop categories (that is, were the findings grouped based on similarities in wording or on similarities of concepts?);
- (iii) How were the category descriptions created? (that is, by a single reviewer or by a consensus process between the reviewers?);
- (iv) How were the synthesized discoveries and their accompanying descriptions created and finalized?

Presentation and analysis of results

The results presentation section should indicate how many studies have been identified and selected. There must be a narrative description of the search decision process accompanied by the decision flowchart for identification and inclusion of studies (cf. Figure 1). The screening process will be based on the *Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) for carrying out systematic reviews (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009) and on the *Joanna Briggs Institute* methodology in what concerns the guidelines of a *scoping review* (*The Joanna Briggs Institute*, 2015), which is assumed as part of the research strategy.

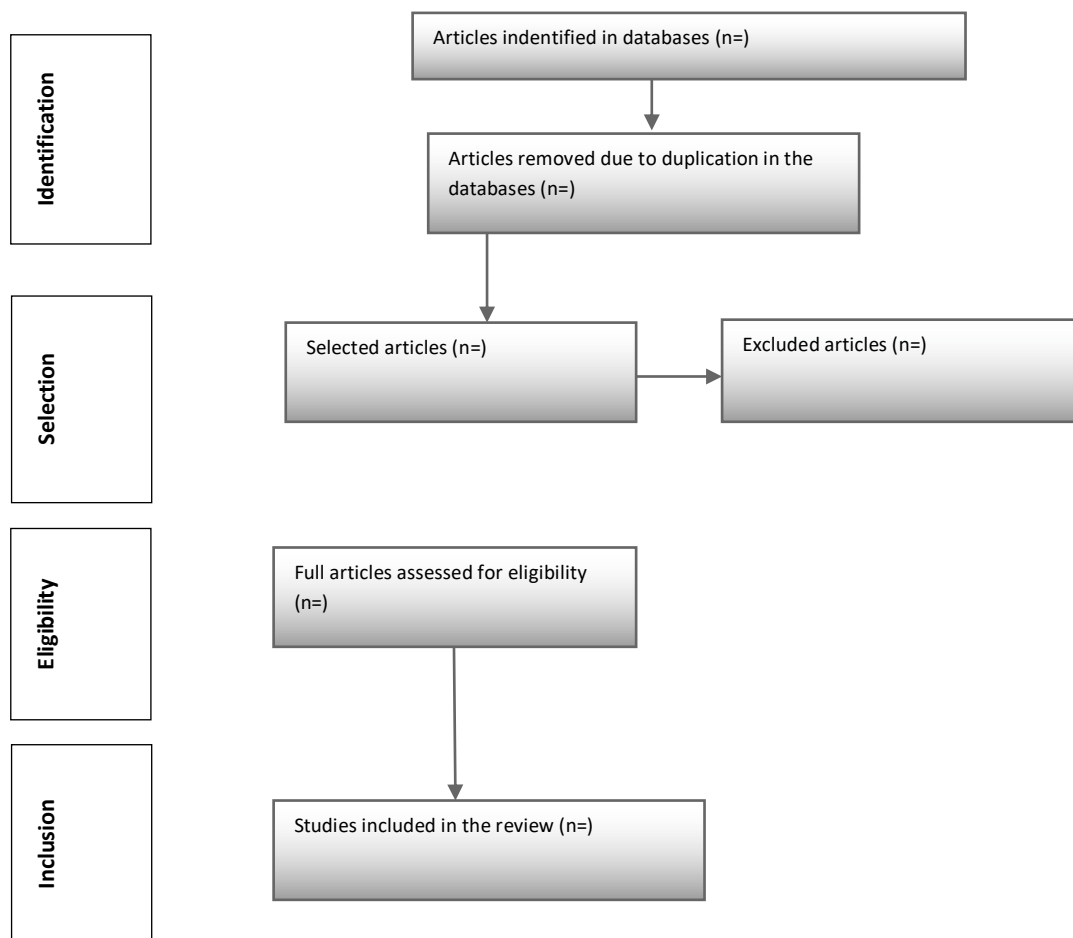


Figura 1 - Diagram of the studies selection process (PRISMA)

Legend: n= number/ quantity

The next step consists of a narrative summary describing the objectives or purposes of the articles included in the analysis corpus, concepts adopted and results related to the starting point of the review. The results are classified into the main conceptual categories, such as: “type of study”, “participants” (and sample size, if applicable), “objectives”, “adopted methodology”, “established evidence”, and for each category a clear explanation is presented (cf. table 3). This section will contain a general description of the sources included, with reference to a detailed table of the characteristics of each study included in the data extraction tool, such table can be modified by the reviewers to suit this purpose. Therefore, the results will be presented in a summary table of the included studies, following the suggestions of the JBI (2019), according to which the presentation of the results can map the reviewed material in a logical, diagrammatic or tabular way and/or in a descriptive format, as long as it is in line with the purpose of the review. The tables can show results as: distribution of studies by title, author(s), year of publication (depends on each case) and country of origin (cf. table 2).

Table 2. Summary table of the characterization of the articles

Code	Title	Author(s)	Year of publication	Country
A1				
A2				

Legend: A=article

The analysis of the results aims to contribute to the dissemination of the evidence available at the level of the existing training programs for health professionals on patient safety. Thus, we will proceed to a critical analysis of the results found (cf. table 3).

Table 3. Table used for article analysis

Code A1

Type of study	
Objective of the study	
Participants	
Adopted methodology	
Evidences established	

Conclusion

To the best of our knowledge, this scoping review is the first attempt to systematically identify what are the existing training programs for healthcare professionals on patient safety. As an independent research study, it will be useful to determine and highlight the different patient safety training programs for health professionals, assuming that it may be relevant for a greater dissemination of the importance of training in patient safety as a guarantee of quality health care. The debate on the importance of patient safety has been moving upwards in the priorities of the authorities with responsibility in the health area. The topic of patient safety has had identical expressiveness and has sparked interest in the academic and scientific environment where it has been defined as “the act of avoiding, preventing or improving adverse outcomes or injuries arising from the health care delivery process” (Silva, Silva, Santos, Avelino, Santos & Pereira, 2016, p. 2). Patient safety is a construct implying behaviors that minimize the risk of causing harm to the patient. Such harm can be caused by lack of effectiveness of the system or by deficiencies in individual performance. Both causes imply health professionals having adequate training. It is therefore essential that health professionals internalize the multifactorial nature of patient safety so that adverse events are not perpetuated and so that organizational and technical processes are properly planned, looking for and identifying all factors that contribute to maximizing patient safety.

References

- Araújo, J.S., Nascimento, H.M., Farre, A.G.M.C., Brito, R.O., Santos, J.P.A., & Vasconcelos, T.T.S. (2016). Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. *Cogitare Enferm.*; 21(4), 01-08.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Meth.*; 8(1), 19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616
- Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Desp%20%201400-A%202015.pdf> Accessed on 4 December 2019.
- Faria, P.L., Moreira, P.S., & Pinto, L.S. (2014). *Direito e segurança do doente In Segurança do doente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Kear, T., & Ulrich, B. (2015). Patient Safety and Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Issues, Solutions, and Best Practices. *Nephrology Nursing Journal*, 42(2), 113-22. PMID: 26207273
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.*; 151(4), 264-269. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Serranheira F, Sousa-Uva A, Sousa P, Leite E., & Pat Safety (2009). Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda. *Saúde & Trabalho: Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*; 7, 5-29. <http://spmtrabalho.com/images/pdf/st07.pdf> Accessed on 4 December 2019.
- Silva, A. C. A., Silva, J. F., Santos, L. R. O., Avelino, F. V. S. D., Santos, A. M. R., & Pereira, A. F. M. (2016). A segurança do doente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*, 21, 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.37763>
- The Joanna Briggs Institute (2019). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.

Anexo 2

Multiprofessional Guide, OMS

Appendix B

Questionnaire for Post-Teaching Student Survey

Attitude Questions on Understanding of Patient Safety WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition

Dear Colleague,

The Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide is published by WHO to support education and training in patient safety in health-care universities and schools around the world. This questionnaire is designed to evaluate health-care students' awareness and knowledge of patient safety issues in the healthcare system.

We anticipate it will take around 10-15 minutes to complete the questionnaire. Please respond to the questions honestly, based on your current level of knowledge. If you prefer not to respond to a particular question then just leave it blank. The questionnaire is anonymous and any information you provide will be reported at a group level, not individually.

You are being asked to complete this form as part of a study. This will not form part of your final assessment. Completing it is not compulsory.

Introductory questions

1. What is your current year of study? (Please circle as appropriate)

1st year 2nd year 3rd year 4th year 5th year 6th year

2. Has patient safety been taught in your university/school? (Please circle as appropriate)

Yes No

3. Have you previously taken a patient safety course? (Please circle as appropriate)

Yes No

Section 1 Error and Patient safety

For questions in Section 1, please circle the most appropriate number according to a five point scale where: 1= low level of knowledge, 3=moderate level of knowledge, and 5= high level of knowledge.

What is your level of knowledge regarding	Low		Moderate		High
1. Different types of human error in health care?	1	2	3	4	5
2. Factors contributing to human error?	1	2	3	4	5
3. Factors influencing patient safety?	1	2	3	4	5
4. Ways of speaking up about error?	1	2	3	4	5
5. What should happen if an error is made?	1	2	3	4	5
6. How to report an error?	1	2	3	4	5
7. The role of health-care organizations (e.g. hospitals, general practitioners) in error reporting?	1	2	3	4	5

For questions from Section 2 to 4, please circle the most appropriate number according to a five point scale where: 1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = neutral (neither agree nor disagree), 4 = agree and 5 = strongly agree.

Section 2 Safety of the Healthcare System

Please circle the number that best describes your level of agreement for each statement.

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. Most health-care workers make errors.	1	2	3	4	5
2. In my country there is a safe system of healthcare for patients.	1	2	3	4	5
3. Medical error is very common.	1	2	3	4	5
4. It is very unusual for patients to be given the wrong drug.	1	2	3	4	5
5. Health-care staff receive training in patient safety.	1	2	3	4	5

Section 3 Personal Influence over Safety

Thinking about your own ability to influence patient safety, please circle the number that best describes your personal view for each statement.

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. Telling others about an error I made would be easy.	1	2	3	4	5
2. It is easier to find someone to blame rather than focus on the causes of error.	1	2	3	4	5
3. I am confident about speaking to someone who is showing a lack of concern for a patient's safety.	1	2	3	4	5
4. I know how to talk to people who have made an error.	1	2	3	4	5
5. I am always able to ensure that patient safety is not compromised.	1	2	3	4	5
6. I believe that filling in reporting forms will help to improve patient safety.	1	2	3	4	5
7. I am able to talk about my own errors.	1	2	3	4	5

Section 4 Personal Attitudes to Patient Safety

Thinking about your personal attitudes with regard to patient safety, please circle the number that best describes your own attitude for each statement.

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. By concentrating on the causes of incidents I can contribute to patient safety.	1	2	3	4	5
2. If I keep learning from my mistakes, I can prevent incidents.	1	2	3	4	5
3. Acknowledging and dealing with my errors will be an important part of my job.	1	2	3	4	5
4. It is important for me to learn how best to acknowledge and deal with my errors by the end of medical school.	1	2	3	4	5

Thank you for taking the time to complete the attitude questions

Knowledge Questions on Patient Safety Topics

WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition

You are being asked to complete this form as part of a study. This will not form part of your final assessment. Completing it is not compulsory.

Please circle the number that you think is the right answer for the question. It could be more than one right answer.

Topic 1: What is Patient Safety

A) What multiple factors can lead to the delivery of unsafe care?

1. latent factors: organizational process, high workloads, lack of leadership and etc.
2. research factors: measuring effectiveness of clinical protocol, randomized clinical trial
3. error-producing factors: busy ward, poor procedures and etc.
4. failures: unsupervised junior staff, communication difficulties and etc.
5. defences: missing medical history

B) A doctor fails to practice hand hygiene between patients because they feel they are too busy even if there is a alcohol handrub dispenser in the ward. This is an example of:

1. a patient safety system failure issue
2. a tolerated behavior in the ward
3. a routine violation
4. a lack of supervision issue

Topic 2: Why applying human factors is important for patient safety

A) What human factors predispose health-care workers to errors:

1. limited memory capacity
2. fatigue
3. stress
4. poor training
5. hunger
6. illness
7. culture/language factors
8. hazardous behaviors

B) How should we apply human factors thinking to health-care environment?

1. avoid relying memory
2. make things visible: use of reminders, notes, displays and etc.
3. routinely use checklists/standardize procedures
4. improve personal knowledge and skills
5. decrease reliance on vigilance: awareness of potential errors

C) Sandra had an episiotomy during the delivery process. She consulted her obstetrician due to vaginal smelling 10 days after the delivery. The obstetrician suspected a urinary tract infection and prescribed antibiotics. Sandra returned to see her obstetrician a week later with the same symptoms. After checking on her delivery notes, the obstetrician found no errors and prescribed an additional course of antibiotics. As the symptoms persisted, Sandra went to see a different obstetrician who found a swab left behind during the packing of the episiotomy wound.

Please nominate human factors that may have contributed to leaving the swab behind:

1. reliance on memory when performing swab count
2. not following the standardized procedure in episiotomy
3. inexperienced health-care workers
4. wrong prescription by the obstetrician
5. fatigue or stress experienced by health-care workers
6. inadequate checking by the second nurse and the obstetrician

Topic 3: Understanding systems and the effect of complexity on patient care

A) What are the elements of a safe health-care delivery system?

1. well trained health-care workers
2. acknowledging the possibility of 'failure'
3. seeking out 'risks' and containing them before they cause harm
4. personal accountability
5. initiating and maintaining a safety culture
6. involving patient in the care

B) Please outline elements of a 'system-thinking' approach to address adverse events:

1. patient and the health-care workers involved
2. technology and tools used
3. related organization policy
4. team communications
5. blame and shame health-care workers
6. organizational factors: workflow, time pressure, workload of health-care workers

C) Which model below best describes the system approach in addressing adverse events in health-care environments.

1. health belief model
2. swiss cheese model
3. stages of change model
4. perfectibility model

Topic 4: Being an effective team player

A) The TeamSTEPPS programme identifies a number of different, but interrelated team types that support and deliver health care. Teams formed for emergency or specific events belong to which type of the team below:

1. core team
2. coordinating team
3. contingency team
4. ancillary service
5. support serve

B) There are four stages in team development. Open communication between team members is established in stage:

1. Forming
2. Storing
3. Norming
4. Performing

- C) As a student, you have been invited to observe a knee replacement in an elderly female. The day before the operation, you talked to the patient and remembered being told that trouble with her left knee had made it impossible for her to walk and that she was looking forward to having it fixed. In the operating theatre, you hear the surgeon say to his assistant that they are going to be operating on her right knee.**

What should you, as a student, do next?

1. do nothing because you may have confused this patient with another patient.
2. locate and review the medical records to confirm the side for the knee replacement.
3. say nothing because hospitals never make mistakes and the student probably misheard.
4. tell the surgeon that you thought that the patient was having her left knee replaced.
5. keep silent because the surgeon is likely to know what he is doing.

Topic 5: How we understand and learn from errors to prevent harm

A) Wrong diagnosis leads to an inappropriate treatment plan. What type of error is it?

1. skill-based slips and lapses
2. violations
3. rule-based mistakes
4. knowledge-based mistakes

B) A patient was being treated for non-Hodgkin's lymphoma. A Syringe containing vincristine for another patient has been accidentally delivered to patient's bedside. The physician administered vincristine via a spinal route, believing it was a different medication. The error was not recognized and the patient died three days later. What are the major factor(s) that caused the error in this case?

1. inexperience
2. poor procedures
3. inadequate checking and patient identification
4. inadequate information

C) What are the best way to learn from errors?

1. criticize the health-care workers involved in the incident
2. establish incident reporting and monitoring system
3. never report near misses as they do not incur any harm
4. limit reporting on adverse events to prevent health-care workers being blamed or punished
5. root cause analysis could be used to review sentinel incidents

Topic 6: Understanding and managing clinical risk

A) Baby Edward, a preterm infant with respiratory distress requiring ventilation, was prescribed intravenous gentamicin for a serious infection. The intensive-care nurse and pediatrician were extremely busy. The drug was administered 90 minutes later than prescribed. Fortunately, Edward survived and recovered.

1) Should this incident (near miss) be reported?

1. Yes
2. No

2) If yes, which method should you apply to report the incident?

1. discussed as a standing item at the weekly staff meetings
2. discuss the fact about the incident and follow-up action required is done with the team
3. discussion focusing on attributing blame
4. identify system-related issues involved in the incident

B) How should patient complaints handled?

1. discuss complaints openly with patients and their families
2. health-care workers to who the complaint is directed is blamed and reprimanded
3. necessity of a factual statement related to health-care workers involved with the complaint
4. policy for managing complaints is in place

Topic 7: Using quality-improvement methods to improve care

**A) Measurement is an essential component of quality improvement.
What are the main types of measures:**

1. outcome measures
2. demographic measures
3. process measures
4. balancing measures

B) Clinical practice improvement (CPI) is used to improve the quality and safety of health care. The success of a CPI project depends on the team covering five phases. In which phase will the team gather as much information about the problem as possible and make the decision on how to measure the improvement?

1. project phase
2. diagnostic phase
3. intervention phase
4. impact and implementation phase
5. sustaining and improvement phase

Topic 8: Engaging with patients and caregivers

A) Which are major phases for gaining an informed consent from patients?

1. disclosure of information by health-care workers
2. competence of health-care workers
3. free and voluntary choice made by patients
4. accountability of health-care workers and the organization
5. time allowed for patient to absorb the information disclosed and consult with family/carers
6. comprehension of the information by the patient

B) Which are the key principles of open disclosure?

1. openness and timeliness of communication
2. support of staff
3. punishment and compensation
4. acknowledgement of the incident
5. confidentiality
6. admission of responsibility

Topic 9: Infection prevention and control

A) List the five key moments to practice hand hygiene.

1. before entering the ward
2. before touching a patient
3. before a clean/aseptic procedure
4. after bodily fluid exposure risk
5. after touching a patient
6. after touching patient surroundings

B) What are the main types of health-care associated infection?

1. urinary tract infections usually associated with catheters
2. surgical infections
3. food related infections
4. blood stream infections associated with the use of an intravascular device
5. pneumonia associated with ventilators

C) What are the main transmission routes for health care-associated infections?

1. transmission through direct and indirect contact
2. transmission through food
3. droplet transmission
4. airborne transmission

D) How do you dispose sharps safely?

1. discard each needle into a sharps' container at the point of use
2. do not overload the bin for 'sharps' if it is full
3. recap, bend or break needles after use
4. do not leave a sharps' bin in the reach of children

Topic 10: Patient safety and invasive procedures

A) List the three main element of the WHO Patient Safety Surgical checklist.

1. before enter operating room
2. before induction of anesthesia
3. before skin incision
4. before patient leaves operation room

B) A male patient was admitted for removal of his right kidney. The operating list stated 'left' by mistake. The patient was not woken from sleep to check the correct side on the preoperative ward round. The side was not checked with the notes or the consent form. The consultant surgeon put the correctly labeled X-rays on the view box back to front. The senior registrar surgeon began to remove the left kidney. A medical student observing the operation suggested to the surgeon that he was removing the wrong kidney, but was ignored. The mistake was not discovered and led to the death of the patient.

Please identify the missing opportunities for checking the site of surgery.

1. patient should NOT be woken up to confirm on the operating side
2. patients' medical documents and consent form should be double checked before operating
3. the consultant surgeon should check X-ray carefully
4. the registrar surgeon should trust the consultant surgeon without a double check on the operating side
5. student's suggestion should be considered

Topic 11: Improving medication safety

A) There are four steps in using medication. The four steps are: prescribing, dispensing, administering and monitoring.

1) Identify factors to prescription errors:

1. considering individual patient factors, such as allergies, pregnancy, co-morbidities, other medications
2. wrong patient, wrong dose, wrong time, wrong drug, wrong route
3. look-a-like and sound-a-like medications
4. Inadequate communication (written, verbal)
5. documentation issues, such as illegible, incomplete, ambiguous
6. mathematical error when calculating dosage

2) Identify factors to monitoring errors?

1. lack of monitoring for side-effects
2. drug not ceased if not working, or course completed
3. wrong patient, wrong dose, wrong time, wrong drug, wrong route
4. drug levels not measured, or not followed up
5. communication failures

B) Which methods below contribute to safer medication use?

1. use trade names for medicine as they are more commonly known by patients
2. encourage patients to be actively involved
3. depends on your memory when prescribing medication
4. tailor prescribing for individual patients
5. communicate clearly
6. never use high-risk medications

C) An old man saw a community doctor for treatment of new onset stable angina. After taking a full past history and medication history, the doctor discovers the patient has been healthy and only takes medication for headaches every day. The doctor assumes it is an analgesic as the patient cannot recall the name of the headache medication. But the medication is actually a beta-blocker. The doctor prescribed aspirin and another beta-blocker for the angina. The new medication leads to bradycardia and postural hypotension of the patient.

What should you do to prevent this error from occurring?

1. make sure to collect complete and accurate medication history
2. never make assumption
2. no need to inform patient about his/her medications
3. trust patient about his/her medication history even without seeing the medication list
5. warn the patient about potential side-effects and what to do if side-effects occur

Thank you for taking the time to complete the knowledge questions

Feedback Questions on the Patient Safety Topic Taught in this Course
WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition

You are being asked to complete this form as part of a study. This will not form part of your final assessment. Completing it is not compulsory.

Introductory questions

Which patient safety topics have you been taught? (Please mark all that apply)

- What is patient safety?
- Why applying human factors is important for patient safety
- Understanding systems and the effect of complexity on patient care
- Being an effective team player
- Learning from errors to prevent harm
- Understanding and managing clinical risk
- Using quality-improvement methods to improve care
- Engaging with patients and caregivers
- Infection prevention and control
- Patient safety and invasive procedures
- Improving medication safety

For questions in Section 1 and 2, please circle the most appropriate number according to a five point scale where:

- 1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = neutral (neither agree nor disagree),
4 = agree and 5 = strongly agree.**

Section 1 Perception about the Patient Safety Topics

Please respond to the following questions regarding your perceptions about the patient safety topic taught in this course.

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. The aims of this patient safety topic were clear to me.	1	2	3	4	5
2. It was important to incorporate this patient safety training in the educational curricula.	1	2	3	4	5
3. I have improved my knowledge/skills as a result of this topic.	1	2	3	4	5
4. I acquired new knowledge/skills that will be of value during my career.	1	2	3	4	5
5. I will be able to readily apply the knowledge taught in the Curriculum Guide to actions during my professional work.	1	2	3	4	5
6. My understanding of the importance of patient safety increased as a result of the patient safety training.	1	2	3	4	5
7. My knowledge of patient safety principles and practices increased as a result of the patient safety training.	1	2	3	4	5
8. This training increased my motivation to put patient safety practices to work in my professional roles.	1	2	3	4	5

Section 2 Effectiveness of the Patient Safety Topics

Please respond to the following questions regarding how effectively the patient safety topic was taught in this course.

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. I found the style of teaching in this topic facilitated my learning.	1	2	3	4	5
2. The Instructors facilitated my understanding.	1	2	3	4	5
3. The presentation of the topic was culturally appropriate.	1	2	3	4	5
4. The teaching aids (e.g. audiovisual presentations or written materials) added to the session (please only answer this question if aids were used).	1	2	3	4	5
5. Completion of the assignment(s) facilitated my understanding (please only answer this question if you were given assignments).	1	2	3	4	5
6. The time devoted to the topic was sufficient.	1	2	3	4	5
7. The methods used to assess performance on the topic taught were effective.	1	2	3	4	5
8. This stage in the overall Curriculum Guide is an appropriate time for this particular topic.	1	2	3	4	5

Section 3 Comments on Patient Safety Teaching

Complete the following questions with free text. We value any comments you have about the topic(s). These will be used to further develop teaching in the future.

1. Please indicate any areas that you considered particularly worthwhile in the taught topic(s).
2. Please indicate any areas that you would like changed or improved in the taught topic(s).
3. Any other comments about the taught topics would be most welcome.

Thank you for taking the time to complete this questionnaire

Anexo 3

Autorização para a Aplicação

Para: catarina.famaral@gmail.com

Dear Mrs Freitas Amaral,

We thank you for your request for **permission** to reprint and reproduce certain WHO copyrighted material .

On behalf of the World Health Organization, we are pleased to authorize your request to reproduce the WHO materials as detailed in the form below, subject to the terms and conditions of the non-exclusive licence below.

REFERENCE OF MATERIAL:

1. Tool Kit, -S2Text. questionnaire for post -teaching Student survey, S4 text. Informed consent forms, and request The evaluation Kit of S2 questionnaire
https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_tools/en/

If you have any further queries regarding this authorization, please contact me at **permissions@who.int**.

Could you please send us 1 copy of your published material, showing where and how WHO material was reproduced on your publication for our records, please send this to the attention of Dolores Campanario at this address below as well as an electronic version if available.

We thank you for your interest in WHO published materials.

With our best regards,

Ms Dolores Campanario

World Health Organization Press - (Permissions Management, Licensing and Reprint Rights)
20 Avenue Appia, Office E171, CH-1211 Genève 27, Switzerland

Anexo 4
Kit Tool-S2 TEXT. Questionário de avaliação
da implementação do multiprofessional
guide da OMS



Instrumento de recolha de dados

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Doutoramento em Enfermagem e Saúde

Orientador/Tutor Professor Doutor Carlos Sequeira

Investigadora : Enfr^a Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral

Literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados e impacto da implementação do "Multiprofessional Guide"

Caro(a) Colega

Sou Enfr^a Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral, e sou doutoranda em Enfermagem da Saúde e encontro-me a desenvolver uma investigação de Tese de Doutoramento, sob a orientação do Professor Doutor Carlos Sequeira, que pretende avaliar literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados e impacto da implementação do *Multiprofessional Guide*.

A sua colaboração é indispensável e contribuirá para desenvolver o nosso conhecimento no que diz respeito aos conhecimentos dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados de saúde e ao nível da efetividade de um programa de formação em segurança dos cuidados de saúde com base no *Multiprofessional Guide*. A sua participação é voluntária e, desde já, agradecemos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, **não existem respostas certas ou erradas**. É importante responder a todas as questões de acordo com a sua opinião.

As respostas fornecidas neste questionário são anónimas, servirão para tratamento estatístico e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua confidencialidade. Nas afirmações onde existir uma quadrícula (□), deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso.

Autorizo a participação neste estudo

Atenciosamente,

Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral

SECÇÃO I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. Idade _____ anos
2. Género:
 Masculino Feminino
3. Estado Civil:
 Solteiro Casado/União de facto
 Divorciado/Separado Viúvo
4. Habilitações literárias:
 Bacharelato Especialização
 Licenciatura Mestrado
 Outra _____ Doutoramento
5. Categoria profissional: _____
6. Experiência profissional: _____ Anos _____ Meses
7. Serviço onde exerce funções: _____

8. Qual a sua carga horária semanal?
 35 horas 40 horas 42 horas
9. Desempenha funções em:
 Horário Fixo
 Turnos
10. Acumula funções noutro local ? Sim Não
11. Exerce funções de gestão ou chefia no serviço? Sim Não
12. Gosta da profissão que exerce?
Nada Um pouco Indiferente Muito Bastante

**SEÇÃO II – KIT TOOL-S2 TEXT QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA
IMPLEMENTAÇÃO DO MULTIPROFESSIONAL GUIDE DA OMS**

Perguntas de atitude sobre a compreensão da segurança do doente

Organização Mundial de Saúde (OMS) *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*

Caro colega,

O *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition* foi publicado pela OMS para apoiar a educação e o treino em segurança do doente em universidades, escolas e instituições de saúde em todo o mundo. Este questionário foi elaborado para avaliar a consciencialização e o conhecimento dos estudantes/profissionais de saúde sobre questões de segurança do doente no sistema de saúde.

Prevemos que levará cerca de 10 a 15 minutos para completar o questionário. Por favor, responda às perguntas honestamente, com base no seu nível atual de conhecimento. Se preferir não responder a alguma questão em particular, deixe-a em branco.

O questionário é anónimo e qualquer das informações que você fornecer serão reportadas a um nível de grupo, não individualmente.

Solicita-se a sua participação para o preenchimento deste questionário como parte integrante de um estudo. Tal não fará parte da sua avaliação final. Completá-lo não é obrigatório.

PERGUNTAS INTRODUTÓRIAS

1. A segurança do doente foi ensinada na sua universidade/escola? (Circule conforme apropriado)

Sim Não

2. Já fez algum curso de segurança do doente? (Circule conforme apropriado)

Sim Não

Seção 1: Erro e segurança do doente

Para as perguntas da Seção 1, por favor, circule o número mais apropriado de acordo com a escala de cinco pontos onde: 1 = baixo nível de conhecimento, 3 = nível moderado de conhecimento e 5 = alto nível de conhecimento.

Qual é o seu nível de conhecimento a respeito de:	Baixo		Moderado	Alto	
1. Diferentes tipos de erro humano nos cuidados de saúde?	1	2	3	4	5
2. Fatores que contribuem para o erro humano?	1	2	3	4	5
3. Fatores que influenciam a segurança do doente?	1	2	3	4	5
4. Maneiras de falar sobre o erro?	1	2	3	4	5
5. O que deve acontecer se um erro for cometido?	1	2	3	4	5
6. Como relatar um erro?	1	2	3	4	5
7. O papel das organizações de saúde (por exemplo, hospitais, clínicos gerais) em relatório de erros?	1	2	3	4	5

Para as perguntas da Seção 2 a 4, circule o número mais apropriado de acordo com uma escala de cinco pontos onde: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = neutro (não concordo nem discordo), 4 = concordo e 5 = concordo totalmente.

Seção 2: Segurança do Sistema de Saúde

Por favor, circule o número que melhor descreve o seu nível de concordância para cada afirmação.

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
1. A maioria dos profissionais de saúde comete erros.	1	2	3	4	5
2. No meu país há um sistema de cuidados de saúde seguro para os doentes.	1	2	3	4	5
3. Erro médico é muito comum.	1	2	3	4	5
4. É muito incomum que sejam dados aos doentes o medicamento errado.	1	2	3	4	5
5. A equipa de saúde recebe treino em segurança do doente.	1	2	3	4	5

Seção 3: Influência Pessoal sobre Segurança

Pensando na sua própria capacidade de influenciar a segurança do doente, circule o número que melhor descreve a sua opinião pessoal para cada afirmação.

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
1. Seria fácil dizer aos outros um erro que cometi.	1	2	3	4	5
2. É mais fácil encontrar alguém para culpar em vez de se focar nas causas do erro.	1	2	3	4	5
3. Sinto-me confiante em falar com alguém que está a mostrar uma falta de preocupação com a segurança do doente.	1	2	3	4	5
4. Eu sei falar com pessoas que cometeram um erro.	1	2	3	4	5
5. Eu sou sempre capaz de garantir que a segurança do doente não é comprometida.	1	2	3	4	5
6. Eu acredito que preencher formulários de relatórios ajudará a melhorar a segurança do doente.	1	2	3	4	5
7. Eu sou capaz de falar sobre os meus próprios erros.	1	2	3	4	5

Seção 4: Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente

Pensando nas suas atitudes pessoais em relação à segurança do doente, circule o número que melhor descreve a sua própria atitude para cada afirmação.

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
1. Concentrando-me nas causas dos incidentes, posso contribuir para a segurança do doente.	1	2	3	4	5
2. Se eu continuar a aprender com os meus erros, posso evitar incidentes.	1	2	3	4	5
3. Reconhecer e lidar com os meus erros será uma parte importante do meu trabalho.	1	2	3	4	5
4. É importante, para mim, aprender a melhor maneira de reconhecer e lidar com os meus erros até ao final da faculdade.	1	2	3	4	5

Obrigado por dedicar tempo para responder às perguntas sobre as atitudes!

ANEXO 5
Autorização do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar para aplicação do
questionário

Autorização da Comissão de Ética



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela Viseu
Avenida Rei Dom Duarte
3504-509 Viseu

Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral encontra-se a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem na Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha . No âmbito da realização da Tese de Doutoramento encontra-se a realizar o estudo subordinado ao tema "Literacia dos Profissionais de Saúde em segurança dos cuidados de saúde e impacto do Multiprofessional Guide ". Assim, no âmbito da presente investigação solicita a sua autorização para a Validação do Questionário Tool Kit, S2 Text questionnaire for post teaching student survey, (tradução e validação autorizada pela OMS a 12\03\2019 numero 275563) junto dos profissionais da instituição Centro Hospitalar Tondela Viseu que vossa excelência representa durante o mês de Outubro e Novembro do corrente ano.

Os objetivos deste estudo são:

Objetivo Geral: Promover o conhecimento em segurança dos cuidados de saúde.

Objetivos Específicos:

- Avaliar o nível de literacia dos profissionais de saúde do Centro Hospitalar Tondela/Viseu em segurança dos cuidados de saúde;
- Planear e implementar um Programa formativo com base no *Multiprofessional Guide*;
- Avaliar a efetividade de um plano formativo com base no *Multiprofessional Guide*.

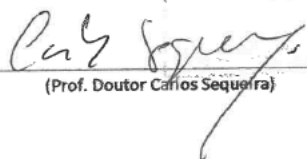
Os dados recolhidos serão submetidos a tratamento estatístico que visam validar o questionário e posteriormente identificar o nível de literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados de saúde.

Serão tidos em conta todos os procedimentos éticos e legais necessários e os resultados disponibilizados à instituição em estudo.

1027 /	
Trabalha em	07/10/2015 <i>visão</i>
Sup. Inf.	/ /
	/ /
	/ /

Viseu, 17 de Setembro de 2019

O Diretor


(Prof. Doutor Carlos Sequeira)

A Aluna


(Catarina Amaral)

Visto.
A Comissão de Ética
07.10.19
C.P.E.

Nada a op.
Luzia Costa
do CA

Enf.º Carlos Portugal
Enfermeiro Diretor
29-10-19

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela Viseu
Avenida Rei Dom Duarte
3504-509 Viseu

Dr. Cílio Correia
Presidente do C.A.

Ao Emp.º Diretor
A Direção Clínica
27.10.19
C.P.E.

UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral encontra-se a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem na Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha. No âmbito da realização da Tese de Doutoramento encontra-se a realizar o estudo subordinado ao tema "Literacia dos Profissionais de Saúde em segurança dos cuidados de saúde e impacto do Multiprofessional Guide". Assim, no âmbito da presente investigação solicita a sua autorização para a Validação do Questionário Tool Kit, S2 Text questionnaire for post teaching student survey, (tradução e validação autorizada pela OMS a 12\03\2019 numero 275563) junto dos profissionais da instituição Centro Hospitalar Tondela Viseu que vossa excelência representa durante o mês de Outubro e Novembro do corrente ano.
Os objetivos deste estudo são:

Objetivo Geral: Promover o conhecimento em segurança dos cuidados de saúde.

Objetivos Específicos:

- Avaliar o nível de literacia dos profissionais de saúde do Centro Hospitalar Tondela/Viseu em segurança dos cuidados de saúde;
- Planear e implementar um Programa formativo com base no *Multiprofessional Guide*;
- Avaliar a efetividade de um plano formativo com base no *Multiprofessional Guide*.

AutORIZADO

Reunião: 25/10/19

CONSELHO
ADMINISTRAÇÃO

C.P.E.
Presidente
(Cílio Correia)

Vogal Executivo
(Nuno Duarte)

Luzia Costa

Vogal Executivo
(Lúcia Costa)

Helena Pinho

Diretora Clínica
(Helena Pinho)

Carlos Portugal
Enfermeiro Diretor

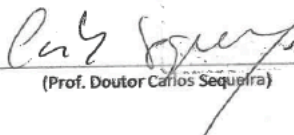
Os dados recolhidos serão submetidos a tratamento estatístico que visam validar o questionário e posteriormente identificar o nível de literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados de saúde.

Serão tidos em conta todos os procedimentos éticos e legais necessários e os resultados disponibilizados à instituição em estudo.

ENTRADA Nº 1027 /	
Entrada em	07/10/2019
De	/ /
Para	/ /
	/ /

Visou, 17 de Setembro de 2019

O Diretor


(Prof. Doutor Carlos Sequerra)

A Aluna


(Catarina Amaral)



UNIDADE DE ENSINO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

DELIBERAÇÃO

N/ Referência	04/21/10/2019
Designação	Pedido de autorização à Comissão de Ética do CHTV para realização do estudo subordinado ao tema "Literacia dos Profissionais de Saúde em segurança dos cuidados de saúde e impacto do Multiprofessional Guide"
Investigador(a) Principal	Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral
Data do documento	07 Outubro 2019
Data de Entrada na CES	14 Outubro 2019
Data de Deliberação CES	21 Outubro 2019

Analisado o pedido de autorização para a realização do estudo subordinado ao tema "Literacia dos Profissionais de Saúde em segurança dos cuidados de saúde e impacto do Multiprofessional Guide" a realizar pela enfermeira Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral, esta CES, deliberou que o mesmo não envolve doentes, pelo que é de livre vontade a participação no mesmo, que não se levantam quaisquer questões éticas e portanto qualquer parecer desta comissão não cabe no âmbito das suas competências.

Elementos da CES do CHTV que deliberaram em reunião ocorrida em 21/10/2019

Presidente: Maria Helena Ruivo Solheiro

Vice-presidente: Ana Cristina Mendes Figueiredo Andrade

Vogal: Fernando José Andrade Ferreira Almeida

Vogal: Dra. Ana Maria Pinto da Costa

Anexo 6

Termo de Consentimento Informado



Instrumento de recolha de dados

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Doutoramento em Enfermagem e Saúde

Orientador/Tutor Professor Doutor Carlos Sequeira

Investigadora : Enfr^a Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral

Literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados e impacto da implementação do "Multiprofissional Guide"

Caro(a) Colega

Sou Enfr^a Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral, e sou doutoranda em Enfermagem da Saúde e encontro-me a desenvolver uma investigação de Tese de Doutoramento, sob a orientação do Professor Doutor Carlos Sequeira, que pretende avaliar literacia dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados e impacto da implementação do *Multiprofessional Guide*.

A sua colaboração é indispensável e contribuirá para desenvolver o nosso conhecimento no que diz respeito aos conhecimentos dos profissionais de saúde em segurança dos cuidados de saúde e ao nível da efetividade de um programa de formação em segurança dos cuidados de saúde com base no *Multiprofessional Guide*. A sua participação é voluntária e, desde já, agradecemos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, **não existem respostas certas ou erradas**. É importante responder a todas as questões de acordo com a sua opinião.

As respostas fornecidas neste questionário são anónimas, servirão para tratamento estatístico e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua confidencialidade. Nas afirmações onde existir uma quadrícula (□), deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso.

Autorizo a participação neste estudo

Atenciosamente,

Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral

Anexo 7
Kit Tool-S2 TEXT. Questionário de avaliação
da implementação do multiprofessional
guide da oms
VALIDADO

Perguntas introdutórias

1. A segurança do doente foi ensinada na sua universidade/escola? (Circule conforme apropriado)

Sim Não

2. Já fez algum curso de segurança do doente? (Circule conforme apropriado)

Sim Não

Seção 1 Erro e segurança do doente

Para as perguntas da Seção 1, por favor, circule o número mais apropriado de acordo com a escala de cinco pontos onde: 1 = baixo nível de conhecimento, 3 = nível moderado de conhecimento e 5 = alto nível de conhecimento.

Qual é o seu nível de conhecimento a respeito de	Baixo		Moderado		Alto	
1. Diferentes tipos de erro humano nos cuidados de saúde?	1	2	3	4	5	
2. Fatores que contribuem para o erro humano?	1	2	3	4	5	
3. Fatores que influenciam a segurança do doente?	1	2	3	4	5	
4. Maneiras de falar sobre o erro?	1	2	3	4	5	
5. O que deve acontecer se um erro for cometido?	1	2	3	4	5	
6. Como relatar um erro?	1	2	3	4	5	

Para as perguntas da Seção 2 a 4, circule o número mais apropriado de acordo com uma escala de cinco pontos onde: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = neutro (não concordo nem discordo), 4 = concordo e 5 = concordo totalmente.

Seção 2 Segurança do Sistema de Saúde

Por favor, circule o número que melhor descreve o seu nível de concordância para cada afirmação.

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
1. A maioria dos profissionais de saúde comete erros.	1	2	3	4	5
2. No meu país há um sistema de cuidados de saúde seguro para os doentes.	1	2	3	4	5
3. Erro médico é muito comum.	1	2	3	4	5
4. É muito incomum que sejam dados aos doentes o medicamento errado.	1	2	3	4	5

Seção 3 Influência Pessoal sobre Segurança

Pensando na sua própria capacidade de influenciar a segurança do doente, circule o número que melhor descreve a sua opinião pessoal para cada afirmação.

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
1. Seria fácil dizer aos outros um erro que cometi.	1	2	3	4	5
2. É mais fácil encontrar alguém para culpar em vez de se focar nas causas do erro.	1	2	3	4	5
3. Eu sou capaz de falar sobre os meus próprios erros.	1	2	3	4	5

Seção 4 Atitudes Pessoais para a Segurança do Doente

Pensando nas suas atitudes pessoais em relação à segurança do doente, circule o número que melhor descreve a sua própria atitude para cada afirmação.

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
1. Concentrando-me nas causas dos incidentes, posso contribuir para a segurança do doente.	1	2	3	4	5
2. Se eu continuar a aprender com os meus erros, posso evitar incidentes.	1	2	3	4	5
3. Reconhecer e lidar com os meus erros será uma parte importante do meu trabalho.	1	2	3	4	5
4. É importante, para mim, aprender a melhor maneira de reconhecer e lidar com os meus erros até ao final da faculdade.	1	2	3	4	5
5. Eu sou sempre capaz de garantir que a segurança do doente não é comprometida.	1	2	3	4	5

Obrigado por dedicar tempo para responder às perguntas sobre as atitudes.

Anexo 8

Estágio Internacional

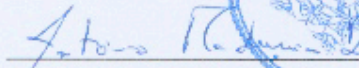
DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral, estudante do curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem na Universidade ROVIRA I VIRGILI Tarragona, a desenvolver a investigação com o título "Literacia dos profissionais de saúde em segurança do doente, a implementação do *Multiprofessional guide OMS*" sob orientação do Professor Doutor Carlos Sequeira, realizou o Estágio de Doutoramento Internacional em Ciências de Enfermagem, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, com duração de 3 meses tendo terminado a 07/06/2023 e tendo como elo de ligação à equipa de investigação a Professora Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves.

Anexa-se o Relatório de Estágio de Doutoramento Internacional em Ciências de Enfermagem.

O Presidente do Conselho Técnico-científico,

ESSV, 21 de julho de 2023



(António Madureira Dias, Ph.D.)



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LITERACIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SEGURANÇA DOS CUIDADOS E IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MULTI-PROFESSIONAL GUIDE

Catarina Sofia Paiva Fonseca Gomes Freitas Amaral



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI