

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**PAPEL DO ENFERMEIRO NA SEGURANÇA DO DOENTE,  
NUMA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE**

**NURSES ROLE IN PATIENT SAFETY,  
IN A COMMUNITY CARE UNIT**

**ROL DEL ENFERMERO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE,  
EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN COMUNITARIA**

Inês Martins - Escola Superior de Saúde de Beja, Instituto Politécnico de Beja, Beja, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5004-3979>

Laurência Gemitó - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora; Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Évora, Évora, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9254-6083>

Isaura da Conceição Cascalho Serra - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora, Évora, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1225-6631>

Felismina Rosa Parreira Mendes - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora; Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Évora, Évora, Portugal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9518-2289>

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Inês Martins - Escola Superior de Saúde de Beja, Instituto Politécnico de Beja, Beja, Portugal. [inesmartins.enf@gmail.com](mailto:inesmartins.enf@gmail.com)

Recebido/Received: 2022-08-30 Aceite/Accepted: 2022-10-04 Publicado/Published: 2022-10-17

DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(2\).565.259-275](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(2).565.259-275)

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2020. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.  
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

## RESUMO

---

**Objetivo:** Avaliar a cultura de segurança do doente dos Enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados na Comunidade de um Agrupamento de Centros de Saúde do Sul de Portugal.

**Métodos:** Estudo descritivo, transversal, com recurso a uma metodologia quantitativa, através da aplicação do “Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários”, traduzido e adaptado ao contexto português. Amostragem por conveniência, constituída por 69 enfermeiros a exercer funções em Unidades de Cuidados na Comunidade. Realizada análise estatística descritiva, com os dados organizados e tratados através do *Statistical Package for Social Sciences*<sup>®</sup> (SPSS) versão 27.

**Resultados:** As dimensões “Trabalho em equipa” e “Perceções gerais acerca da qualidade e segurança do doente” foram as que apresentaram uma avaliação mais positiva. Por outro lado, as dimensões “Apoio pela gestão de topo” e “Pressão e ritmo de trabalho” apresentaram as avaliações mais baixas. A maioria dos inquiridos (52,9%) classificou a qualidade dos cuidados de saúde prestados como “Muito bons” ou “Excelentes”.

**Conclusões:** Foi percebida uma avaliação de cultura de segurança do doente positiva, no entanto, os resultados demonstraram áreas com fragilidades, sobre as quais deverá refletir e intervir com carácter prioritário. O papel do Enfermeiro para o desenvolvimento da cultura de segurança é indispensável por contribuir para a cultura de segurança institucional e deve ser encarada como uma estratégia na promoção de cuidados de saúde de qualidade.

**Palavras-chave:** Cuidados de Saúde Primários; Cultura de Segurança do Doente; Enfermagem em Saúde Comunitária; Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

---

**Goal:** To evaluate the patient safety culture of Nurses who work in Community Care Units of a Group of Health Centers in the South of Portugal.

**Methods:** Descriptive study, using a quantitative methodology, through the application of the “Questionnaire for the Assessment of Patient Safety Culture in Primary Health Care”, translated and adapted to the Portuguese context. Convenience sampling, consisting of 69 nurses working in Community Care Units. Descriptive statistical analysis was performed, with data organized and processed using the *Statistical Package for Social Sciences*<sup>®</sup> (SPSS) version 27.

**Results:** The dimensions “Teamwork” and “General perceptions about the quality and safety of the patient” were the ones that presented a more positive evaluation. On the other hand, the dimensions “Support by top management” and “Work pressure and pace” presented the lowest evaluations. Most respondents (52.9%) rated the quality of health care provided as “Very good” or “Excellent”.

**Conclusions:** A positive patient safety culture assessment was perceived, however, the results showed areas with weaknesses, on which one should reflect and intervene as a priority. The Nurse's role in the development of a safety culture is essential because it contributes to the institutional safety culture and should be seen as a strategy to promote quality health care.

**Keywords:** Community Health Nursing; Patient Safety; Patient Safety Culture; Primary Healthcare.

## RESUMEN

---

**Meta:** Evaluar la cultura de seguridad del paciente de Enfermeras que actúan en Unidades de Atención Comunitaria de un Grupo de Centros de Salud del Sur de Portugal.

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, con metodología cuantitativa, mediante la aplicación del “Cuestionario para la Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente en la Atención Primaria de Salud”, traducido y adaptado al contexto portugués. Muestreo por conveniencia, constituido por 69 enfermeros que laboran en Unidades de Atención Comunitaria. Se realizó análisis estadístico descriptivo, con datos organizados y procesados mediante el software *Statistical Package for Social Sciences*<sup>®</sup> (SPSS) versión 27.

**Resultados:** Las dimensiones “Trabajo en equipo” y “Percepciones generales de la calidad y seguridad del paciente” fueron las que presentaron una evaluación más positiva. Por otro lado, las dimensiones “Apoyo de la alta dirección” y “Presión y ritmo de trabajo” presentaron las evaluaciones más bajas. La mayoría de los encuestados (52,9 %) calificaron la calidad de la atención de la salud como “Muy buena” o “Excelente”.

**Conclusiones:** Se percibió una valoración positiva de la cultura de seguridad del paciente, sin embargo, los resultados mostraron áreas con debilidades, sobre las cuales se debe reflexionar e intervenir prioritariamente. El papel de la Enfermería en el desarrollo de una cultura de seguridad es fundamental porque contribuye a la cultura de seguridad institucional y debe ser vista como una estrategia para promover una atención de salud de calidad.

**Descriptores:** Atención Primaria de Salud; Cultura de Seguridad del Paciente; Enfermería en Salud Comunitaria; Seguridad del Paciente.

## INTRODUÇÃO

A segurança do doente é atualmente reconhecida como um dos princípios fundamentais dos sistemas de saúde<sup>(1)</sup>. Nas últimas décadas vários países têm sido incentivados a integrar esta temática nas suas agendas e a promoverem estratégias que visem a melhoria da segurança do doente e consequentemente da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A qualidade em saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a prestação de cuidados de saúde a toda a população e que sejam: eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, eficientes e seguros<sup>(1)</sup>, assumindo uma perspetiva multidimensional. A segurança do doente representa, assim, um dos pilares fundamentais da qualidade em saúde<sup>(2)</sup>, sendo definida como a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”<sup>(3:14)</sup>, de acordo com o estado da arte e com os recursos disponíveis, contexto de prestação de cuidados, e risco de não tratamento ou da realização de outro tratamento disponível alternativo<sup>(3)</sup>.

Apesar da segurança do doente se encontrar muitas vezes relacionada com o contexto hospitalar, pela complexidade e maior risco associado aos cuidados de saúde prestados, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), embora apresentem um ambiente menos tecnológico, existem igualmente riscos<sup>(4,5)</sup> que impõem aos profissionais desafios particularmente relacionados com o ciclo de vida dos utentes e com o contexto em que intervêm, quer seja em contexto escolar, laboral, domiciliário, institucional, entre outros<sup>(5,6)</sup>.

De ressaltar que os CSP são considerados a chave de um sistema de saúde e representam o primeiro nível de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde<sup>(7)</sup>. Segundo dados da Administração Central do Sistema de Saúde, em Portugal, no ano de 2019, foram realizadas 31,5 milhões de consultas médicas e mais de 19 milhões de consultas de enfermagem, apenas nos CSP, o que reforça a importância da valorização da segurança do doente nos CSP como uma área significativa e onde a reflexão sobre estas questões se iniciou tardiamente<sup>(5)</sup>.

Em Portugal, a melhoria da qualidade em saúde e da segurança dos cuidados prestados são vistas como um dever moral, sendo estas consideradas essenciais na redução de danos evitáveis, na melhoria do acesso e da equidade aos cuidados de saúde e na promoção de inovação em saúde<sup>(2)</sup> e, é com base nestas premissas e de acordo com as recomendações da OMS e da União Europeia (UE) que foi desenvolvida a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, com a missão de potenciar a qualidade e a segurança como garantia dos direitos de todos os cidadãos<sup>(2)</sup>. Assente nesta estratégia, surgiu o Plano Nacional para a

Segurança dos Doentes, um plano transversal a todo o Sistema Nacional de Saúde, que obriga à mobilização de competências de governação, de coordenação e da prática da prestação de cuidados, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes e consequentemente a melhoria da qualidade nos cuidados de saúde, é um processo coletivo, uma responsabilidade de equipa, onde só com a mobilização de competências individuais e a gestão de todas as atividades se poderá alcançar<sup>(8)</sup>.

Segundo recomendações da OMS e da UE, a avaliação da cultura de segurança do doente representa a primeira fase para o desenvolvimento da mesma<sup>(9)</sup>, uma vez que esta reflete a organização e a gestão institucional, mas também os valores, atitudes, perceções e padrões de comportamento individuais e de equipa, que demonstram o seu compromisso para com a promoção da segurança dos doentes<sup>(3,8)</sup>.

Neste sentido, o aumento da cultura de segurança do ambiente interno constitui o primeiro dos nove objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança do Doente, com ações delineadas que visam a avaliação da cultura de segurança do doente, quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados de saúde primários e a implementação de medidas de acordo com os resultados obtidos<sup>(8)</sup>, pelo que, em 2015, a Direção-Geral da Saúde (DGS) elaborou uma norma que preconiza a realização da avaliação da cultura de segurança do doente nos CSP, bianualmente<sup>(10)</sup>. Em 2015, aquando da primeira avaliação nos CSP, os resultados demonstraram que a cultura de segurança do doente não era ainda vista como uma prioridade, pelos profissionais e pelas instituições. Com uma taxa de adesão de apenas 20% por parte de profissionais e colaboradores em Portugal Continental e 39% na Região Autónoma dos Açores, ficou expresso o seu fraco envolvimento nas questões relacionadas com a segurança do doente<sup>(9)</sup>. Nesta primeira avaliação nacional, os enfermeiros foram o grupo profissional com maior representatividade, correspondendo a 40% dos profissionais inquiridos<sup>(9)</sup>.

A nível mundial, a segurança dos doentes em contexto de CSP tem vindo, igualmente, a ganhar lugar de destaque, sendo vários os países a mostrar interesse em aprofundar esta área temática. Neste âmbito destaca-se o projeto europeu LINNEAUS-Euro PC, da *European Society for Quality in Healthcare*, numa iniciativa financiada pela UE e desenvolvida em colaboração com vários países como a Inglaterra, Espanha, Holanda, Dinamarca, Áustria, Grécia, Polónia e Escócia, como o objetivo de fomentar a investigação sobre a segurança do doente nos CSP<sup>(5)</sup>. Estudos realizados neste âmbito têm revelado áreas sobre as quais é necessário refletir e melhorar, apesar da existência de uma avaliação da cultura de segurança dos doentes nos CSP positiva por parte dos profissionais de saúde<sup>(11,12)</sup>, identificando a necessidade de realização de estudos entre diferentes grupos profissionais, de forma a melhorar a implementação de estratégias<sup>(11)</sup>.

Por outro lado, estudos realizados em países da América do Sul demonstram que prevalece uma reduzida cultura de segurança por parte dos profissionais de saúde<sup>(13,14)</sup>, porém verificou-se que os Enfermeiros, são o grupo profissional que se encontra mais desperto para estas questões<sup>(14)</sup>.

Em Portugal, o exercício profissional de enfermagem centra-se na relação entre o enfermeiro e a pessoa, família e comunidade, orientado por uma abordagem sistémica e sistemática onde são incorporados resultados da investigação e da evidência científica, tendo em vista uma prática fundamentada e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados<sup>(15)</sup>.

No contexto das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) os enfermeiros têm um papel preponderante na prestação de cuidados a toda a comunidade, coordenando, implementando e monitorizando as atividades desenvolvidas, e integrando projetos e programas de saúde na persecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde<sup>(16)</sup>.

É neste contexto que surge o presente estudo que teve como objetivo: avaliar a cultura de segurança do doente, dos enfermeiros a exercerem funções nas UCC's de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Sul de Portugal.

## MATERIAL E MÉTODOS

---

Estudo descritivo simples, realizado nas cinco (5) UCC's de um ACeS do Sul de Portugal. A amostra foi por conveniência e constituída pelos 69 enfermeiros que exercem funções nessas mesmas unidades e que aceitaram participar neste estudo, após devidamente informados. A colheita de dados realizou-se através da aplicação do Questionário de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários (QACSD-CSP), traduzido e adaptado ao contexto português pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Eiras e adotado pela DGS para a realização da avaliação de cultura de segurança dos doentes nos CSP, como estabelece a Norma n.º 003/2015 da DGS<sup>(10)</sup>. O QACSD-CSP é constituído por 52 itens que permitem a avaliação da cultura de segurança do doente em dez dimensões; 6 itens que avaliam a qualidade dos cuidados de saúde de acordo com cinco áreas e 14 itens relacionados com a segurança dos doentes e a qualidade, assim como questões relacionadas com a gestão e troca de informação<sup>(9)</sup>.

Tendo em vista a finalidade do estudo, a realização de um diagnóstico de situação no âmbito da cultura de segurança do doente, no contexto de UCC, foi necessário proceder à adaptação do questionário, através da inclusão e exclusão de questões, pelo que foram integra-

das questões para caracterização sociodemográfica, profissional e académica e questões para caracterização dos conhecimentos da população-alvo sobre a segurança dos doentes, assim como a adaptação de algumas questões no sentido de as aproximar das atividades desenvolvidas em UCC. Após a adaptação, foi submetido para apreciação de um painel de peritos, constituído por três enfermeiros com funções nas áreas da qualidade e da coordenação, não pertencentes ao ACeS em estudo e submetido a pré-teste numa amostra com características semelhantes às da população-alvo.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos, conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e obtido parecer positivo da Comissão de Ética da Saúde da Administração Regional de Saúde da Região (Processo 10/2021).

Os dados foram organizados e analisados através do *Statistical Package for Social Sciences*<sup>®</sup> (SPSS) versão 27 e trabalhados de forma agregada e sem elementos que possibilitassem qualquer identificação do participante.

Para análise descritiva das questões que compõem o questionário foram utilizadas as frequências absolutas (f) e relativas (%) das respostas. Na análise de cada uma das dez dimensões foram considerados os somatórios das frequências relativas (%) de respostas positivas “Concordo” e “Concordo Fortemente”, ou “Discordo” e “Discordo Fortemente” para questões apresentadas pela negativa, de acordo com a escala de *Likert* usada no questionário. Para análise das cinco áreas da qualidade dos cuidados de saúde, o método utilizado foi semelhante, recorrendo ao somatório das frequências relativas (%) das respostas positivas “Muita Boa” e “Excelente”.

## RESULTADOS

---

Dos 74 enfermeiros que exercem funções nas UCC's do ACeS, 5 encontravam-se ausentes do serviço por vários motivos, pelo que a população elegível foi constituída por 69 enfermeiros, dos quais 58 (84,1%) responderam ao questionário. Destes, foram excluídos seis (8,7%) por não apresentarem o consentimento informado devidamente assinalado e um (1,4%) por não ter respondido a mais de 50% do questionário. Desta forma N = 51 (73,9%).

Do total da amostra (51 participantes) 84,3% são do sexo feminino com intervalos de idade mais frequente entre os 40 e 49 anos (33,3%) e mais de 50 anos (29,4%). A formação académica que prevaleceu foi a licenciatura (74,5%), seguindo-se o grau de mestre (19,6%). Quase metade da população possui o título profissional de Enfermeiro Especialista (45,1%), salientando-se 27,4% na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde

Pública e nomenclaturas similares. Quanto ao tempo de experiência profissional 47,1% dos enfermeiros exercem funções há 21 anos ou mais, dos quais apenas 9 (17,6%) referem exercer funções nos Cuidados de Saúde Primários no mesmo intervalo de anos. No entanto 35,3% dos enfermeiros encontram-se a exercer funções nos Cuidados de Saúde Primários até apenas 5 anos. Relativamente ao tempo de experiência profissional na UCC onde atualmente exercem funções 43,1% e 39,2% encontram-se a exercer funções no intervalo de tempo entre os 0 e os 5 anos e os 6 e os 10 anos, respetivamente (Tabela 1<sup>ª</sup>).

Explorando os conhecimentos sobre a cultura de segurança do doente, 32 enfermeiros (62,7%) afirmam ter formação na área da segurança do doente, realizada em contexto profissional. A maioria (54,9%) referiu ter conhecimento das recomendações da UE no âmbito da segurança do doente e 21 participantes (41,2%) referem conhecer o Plano Nacional para a Segurança do Doente, sendo que apenas 18 (35,3%) respondem conhecer as medidas implementadas na sua UCC no âmbito da segurança do doente.

Quanto ao grau de importância atribuído, a nível individual, à adoção de medidas na UCC para a segurança dos doentes, 29 (56,9%) e 13 (25,5%) consideraram “Muito Importante” e “Importante” respetivamente, sendo que 7 (13,7%) consideraram “Moderadamente Importante” (Tabela 2<sup>ª</sup>).

Relativamente às questões sobre a gestão e a troca de informação, as respostas ao questionário revelam que se verificam problemas na troca de informação precisa, completa e atempada, com maior frequência entre a UCC e os hospitais, seguindo-se outros consultórios médicos ou médicos externos e laboratórios ou centros de imagem externos (Tabela 3<sup>ª</sup>).

Quanto à análise por dimensão, das dez dimensões da cultura de segurança do doente (Tabela 4<sup>ª</sup>), verificaram-se os seguintes resultados: a dimensão “Trabalho em equipa” (D1) e a dimensão “Perceções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente” (D4), com 81,4% e 73,8% de média de respostas positivas, respetivamente, obtiveram os valores mais altos da avaliação. A dimensão “Apoio pela gestão de topo” (D6) e a dimensão “Pressão e ritmo de trabalho” (D10), com 31,9% e 28,9%, respetivamente, foram as dimensões que apresentaram percentagens inferiores a 50%.

No âmbito da classificação geral das unidades, de acordo com as áreas de qualidade: Centralização no doente; Eficácia; Oportunidade; Eficiência e Equidade, os resultados demonstram uma avaliação positiva nos cinco itens, sendo a classificação geral da segurança do doente avaliada com 52,9% de média de respostas positivas (Tabela 5<sup>ª</sup>).

## DISCUSSÃO

A avaliação da cultura de segurança do doente está intrinsecamente ligada ao desenvolvimento da mesma e consequentemente à melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde prestados<sup>(9)</sup>.

Da população elegível de 69 enfermeiros, 51 (73,9%) responderam ao questionário, o que demonstra que a cultura de segurança do doente começa a ser assumida como uma preocupação no âmbito das atividades desenvolvidas nas UCC's. Em anos anteriores, segundo dados fornecidos pela Comissão de Qualidade e Segurança do Doente (CQSD) do ACeS, a avaliação da cultura de segurança do doente nos CSP, preconizada pela Norma n.º 003/2015 da DGS<sup>(10)</sup>, obteve uma taxa de adesão de 9,6% em 2015<sup>(9)</sup>, 7,9% em 2017 e de 49% em 2019. Embora estes dados sejam relativos a uma população constituída por todos os profissionais de saúde e funcionários do ACeS, não podendo por isso ser comparados com o presente estudo, demonstraram uma fraca adesão à avaliação. No entanto, a evolução da taxa de adesão por parte dos profissionais do ACeS pode demonstrar um interesse crescente relativamente à temática.

Relativamente aos dados do QACSD-CSP, verificou-se que 52,9% dos enfermeiros considera a segurança do doente, globalmente positiva, encontrando-se a par dos resultados obtidos em 2015 pela DGS, em que 51% dos profissionais considerou que os sistemas e procedimentos, na sua unidade funcional, são “excelentes” ou “muito bons” na prevenção, deteção e correção de problemas que potencialmente poderiam afetar os doentes<sup>(9)</sup>. Avaliação semelhante à encontrada num estudo realizado, também em contexto de CSP, no Brasil<sup>(14)</sup>. Noutro estudo, realizado na Grécia, a avaliação do mesmo indicador obteve 70% de média de respostas positivas<sup>(11)</sup>, contrabalançando com a avaliação global de 45% obtida num estudo realizado na Colômbia, em que a cultura de segurança do doente não é vista como um pilar essencial para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados, o que levou à constatação da necessidade de realizar planos de melhoria nesta área<sup>(13)</sup>.

No que se refere às dimensões da cultura de segurança do doente, no presente estudo, evidenciaram-se as dimensões “D1 – Trabalho em equipa” e “D2 – Perceções gerais acerca da qualidade e segurança do doente”, com 81,4% e 73,8% de média de respostas positivas, representando as dimensões com melhores avaliações, por parte dos enfermeiros que responderam ao questionário, demonstrando que o trabalho de equipa é valorizado pelas equipas destas UCC's, o que expressa que os profissionais de saúde compreendem a necessidade da entreajuda e comunicação no seu contexto de trabalho, como uma ferramenta fundamental para a prestação de cuidados de saúde eficientes e seguros<sup>(11)</sup>. A dimensão

“Trabalho em equipa” surge igualmente associada a avaliações mais positivas nos estudos realizados na Grécia e na Tunísia<sup>(11,17)</sup>. Neste último estudo, realizado com enfermeiros de 30 unidades de CSP, a dimensão “Comunicação acerca do erro” foi a dimensão com menor classificação, uma vez que o erro é ainda associado a poucas competências, existindo uma cultura punitiva do erro, levando a que os eventos adversos não sejam reportados e a que não haja oportunidade de aprendizagem e de melhoria institucional baseadas nas notificações<sup>(17)</sup>. Esta dimensão, no presente estudo, obteve uma avaliação de 63,2% demonstrando que existem diferenças na forma como os erros e os problemas da unidade são valorizados, sendo fundamental a adoção de uma cultura não punitiva do erro, através do incentivo à notificação de eventos adversos, integrado no ciclo de notificação-feedback-ação/melhoria, com o objetivo de melhorar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde prestados<sup>(9,17)</sup>.

Ainda no âmbito das dimensões da cultura de segurança do doente, o presente estudo evidenciou que as dimensões “D6 – Apoio pela gestão de topo” e “D10 – Pressão de ritmo de trabalho” foram as que obtiveram a pior classificação entre as dez dimensões avaliadas, com 31,9% (D6) e 28,9% (D10), tendência já anteriormente verificada nas avaliações de 2015 e 2017, quer a nível do ACeS, da ARS ou mesmo a nível nacional. Verifica-se igualmente este registo em estudos similares na Grécia, Colômbia<sup>(11,13)</sup> e Espanha, apenas na dimensão “Pressão e ritmo de trabalho”<sup>(12)</sup>. Sendo o papel dos gestores fundamental para as organizações, é imprescindível que seja fomentada a comunicação e a colaboração entre gestores e profissionais, com o objetivo comum de promover a segurança do doente<sup>(11)</sup>, através da consolidação de uma cultura de segurança institucional positiva, com priorização de processos relacionados com a melhoria da prestação de cuidados<sup>(13)</sup>. Segundo a DGS, o envolvimento dos gestores na implementação de ações potencia a melhoria da segurança do doente, nomeadamente, através da inclusão de indicadores relacionados com a cultura de segurança nos processos de contratualização interna das unidades funcionais<sup>(9)</sup>. Este processo ocorre nas UCC's, desde 2016, do qual a qualidade e a segurança fazem parte da matriz multidimensional destas unidades funcionais<sup>(18)</sup>. Ainda segundo as recomendações de ação de melhoria da DGS, e no âmbito do “Apoio pela gestão de topo” cada unidade funcional deverá nomear um facilitador da segurança do doente<sup>(9)</sup>, o que acontece nestas UCC's, uma vez que existe um enfermeiro designado para essa função e que é igualmente o elo de ligação à CQSD do ACeS.

Ainda sobre a dimensão “Pressão e ritmo de trabalho”, tal como referido anteriormente, é a que apresenta piores avaliações nos estudos realizados<sup>(9,11,12,13)</sup>. No estudo Grego, esta dimensão reflete um problema crónico do sistema de saúde do país, relacionado com o reduzido rácio de enfermeiros, cerca de 3,6 enfermeiros por 1000 habitantes, valor bastante inferior quando comparado com outros países europeus<sup>(11,19)</sup>. Em Portugal, o rácio

situa-se nos 4,3 enfermeiros/1000 habitantes, valor que contrasta com a média dos Países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 9,3 enfermeiros/1000 habitantes<sup>(19)</sup>, dados que podem estar relacionados com a fraca avaliação da dimensão “Pressão e ritmo de trabalho”, acrescidos pelo estado pandémico que levou à reorganização das atividades desenvolvidas nas UCC’s.

Tendo subjacente os dados obtidos com a realização deste Diagnóstico da Situação, assente na Metodologia do Planeamento em Saúde, foi proposta a elaboração e implementação de um Projeto de Intervenção Comunitária com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento da cultura de segurança do doente, dos enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados na Comunidade de um Agrupamento de Centros de Saúde de uma região a sul de Portugal.

## CONCLUSÃO

---

A qualidade dos cuidados de saúde prestados e a segurança do doente é um objetivo transversal a todos os sistemas de saúde e a todos os níveis de cuidados, pelo que é necessário criar estratégias e integrar os desafios presentes nos CSP, no estabelecimento de planos e projetos de melhoria neste âmbito.

Os enfermeiros que exercem funções nas UCC’s, apresentam um lugar privilegiado para o desenvolvimento e avaliação de projetos nesta área. A avaliação da cultura de segurança do doente constitui o ponto de partida para o desenvolvimento da mesma e, como tal, espera-se que este estudo sensibilize e fomente a reflexão sobre esta área, merecedora de uma maior valorização por parte de profissionais, gestores e população em geral.

No futuro, seria importante que todas as unidades funcionais dos ACeS procedessem à avaliação da cultura de segurança do doente, na perspetiva dos seus profissionais e que, com base nos resultados, fossem desenvolvidos projetos locais com o objetivo de implementar, desenvolver e avaliar estratégias que visem a melhoria da segurança do doente e consequentemente da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

### **Contributos das autoras**

IM: Coordenação do estudo, desenho do estudo, recolha, armazenamento e análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

LG: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

IS: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

FM: Desenho do estudo, análise de dados, revisão e discussão dos resultados.

Todas as autoras leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

#### Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

#### Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

## REFERÊNCIAS

---

1. World Health Organization. Fifty-fifth World Health Assembly: Resolutions and Decisions [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2002 [citada em 26 jun 2022]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259364/WHA55-2002-REC1-eng.pdf>
2. Ministério da Saúde, Gabinete de Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n.º 5613/2015 [Internet]. DR. 2.ª Série. p.13550-13553. [citada em 8 ago 2022]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67324029>
3. Direção-Geral da Saúde. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório Técnico Final [Internet]. 1ª Edição. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2011. [citada em 8 ago 2022]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
4. Marchon SG, Mendes W. Segurança do paciente na atenção primária à saúde. In: Sousa P, Mendes W. Segurança do Paciente: Conhecendo os riscos nas organizações de saúde [Internet]. Fiocruz; 2019. [citada em 16 ago 2022]. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/seguranca-do-paciente--livro-1.pdf>
5. Esmail A, Valderas JM, Verstappen W, Godycki-Cwirko M, Wensing M. Developing a research agenda for patient safety in primary care. Background, aims and output of the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. Eur J Public Health [Internet]. 2015;21(1):3-7. [citada em 8 ago 2022]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828593/pdf/igen-21-003.pdf>
6. Mendes CM, Barroso F. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. Ver. Port. Saúde Pública [internet]. 2014;32(2):197-205. [citada em 8 ago 2022]. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-pdf-S0870902514000509>

7. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. 1978. World Health Organization. [citada em 8 ago 2022]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
8. Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n.º1400-A/2015 [Internet]. DR. 2.ª Série. 28 (2015-02-10). 3882(2)-3882(10). [citada em 26 jun 2022]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>
9. Direção-Geral da Saúde. Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários: Relatório Segurança do Doente 2015 [internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar; 2017. [citada em 26 jun 2022]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/avaliacao-da-cultura-de-seguranca-nos-cuidados-de-saude-primarios-relatorio-seguranca-do-doente-2015-pdf.aspx>
10. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 003/2015 – Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019. [citada em 16 jun 2022]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032015-de-11032015-pdf.aspx>
11. Antonakos I, Souliotis K, Psaltopoulou T, Tountas Y, Kantzanou M. Patient safety culture assessment in primary care settings in Greece. *Healthcare* [Internet]. 2021;9(7), 880. [citada em 26 jun 2022]. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare9070880>
12. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Silvestre-Busto C, Agra-Varela Y, Maderuelo-Fernández JA. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety. *Eur J Public Health* [Internet]. 2015 Oct;25(5):781-787. [citada em 26 jun 2022]. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv066>
13. Camacho DE. Medición de la cultura de seguridad del paciente em profesionales de salud de atención primaria. *Hacia promoc. Salud* [Internet]. 2020;25(1):141-153. [citada em 18 jun 2022]. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v25n1/0121-7577-hpsal-25-01-00141.pdf>
14. Macedo SM, Barboza AR, Borges F, Figueiredo KC, Peres, AM, Assis F. Patient safety culture: evaluation of nurses in primary health care. *Enfermaria Global* [Internet]. 2019; 56:387-397. [citada em 18 jun 2022]. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n56/en\\_1695-6141-eg-18-56-365.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n56/en_1695-6141-eg-18-56-365.pdf)

15. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Perfil de Competências de Enfermeiro de Cuidados Gerais. Regulamento n.º 190/2015 [Internet]. DR. 2.ª Série. 79 (2015-04-23). p. 10087-10089. [citada em 8 ago 2022]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67058782>
16. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Regulamento n.º 428/2018 [Internet]. DR. 2.ª Série. 135 (2018-07-16). p.19354-19359. [citada em 8 ago 2022]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
17. Tlili MA, Aouicha W, Dhiab MB, Mallouli M. Assessment of nurses'patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia. *East Mediterr Health J* [Internet]. 2020;26(11):1347-1354. doi: <https://doi.org/10.26719/emhj.20.026>
18. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários (Biénio 2020/2021) [Internet]. 2020 Dez. [citada em 8 ago 2022]. Disponível em: [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao\\_CSP\\_2021\\_2020-VFINAL.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf)
19. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. OECD Economic Surveys PORTUGAL [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2019. [citada em 18 jun 2022]. Disponível em: [https://read.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-portugal-2019\\_eco\\_surveys-prt-2019-en#page4](https://read.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-portugal-2019_eco_surveys-prt-2019-en#page4)

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, académica e profissional dos Enfermeiros das UCC's do ACeS, Portugal, 2021.<sup>κ</sup>

Variável	f	%
<b>Género</b>	<b>51</b>	<b>100</b>
Feminino	43	84,3
Masculino	8	15,7
Outro	0	0
<b>Idade (intervalo de anos)</b>	<b>51</b>	<b>100</b>
20-29	7	13,7
30-39	12	23,5
40-49	17	33,3
≥ 50	15	29,4
<b>Formação Académica</b>	<b>51</b>	<b>100</b>
Bacharelato	2	3,9
Licenciatura	38	74,5
Mestrado	10	19,6
Doutoramento	1	2,0
<b>Título Profissional de Enfermeiro Especialista</b>	<b>51</b>	<b>100</b>
Não	28	54,9
Sim	23	45,1
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	14	27,4
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1	2,0
Enfermagem de Reabilitação	3	5,9
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	3	5,9
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	1	2,0
Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	2,0
<b>Tempo de experiência profissional (intervalo de anos)</b>	<b>51</b>	<b>100</b>
0-5	7	13,7
6-10	2	3,9
11-15	10	19,6
16-20	8	15,7
≥ 21	24	47,1
<b>Tempo de experiência profissional nos Cuidados de Saúde Primários (intervalo de anos)</b>	<b>51</b>	<b>100</b>
0-5	18	35,3
6-10	10	19,6
11-15	6	11,8
16-20	8	15,7
≥ 21	9	17,6
<b>Tempo de experiência profissional na Unidade de Cuidados na Comunidade atual (intervalo de anos)</b>	<b>51</b>	<b>100</b>
0-5	22	43,1
6-10	20	39,2
11-15	8	15,7
16-20	1	2,0
≥ 21	0	0

Tabela 2 - Caracterização dos conhecimentos sobre a segurança do doente dos Enfermeiros das UCC's do ACeS, Portugal, 2021.<sup>^</sup>

Variável	f	%
Formação na área da segurança do doente		
Não	19	37,3%
Sim	32	62,7%
Contexto da Formação		
Formação em Serviço	22	-
Formação Profissional	12	-
Formação Académica	5	-
Outro	1	-
Conhecimento sobre as recomendações da União Europeia		
Não	23	45,1%
Sim	28	54,9%
Conhecimento sobre o Plano Nacional para a Segurança do Doente		
Não	30	58,8%
Sim	21	41,2%
Conhecimento sobre as medidas adotadas na UCC no âmbito da Segurança do Doente		
Não	31	60,8%
Sim	18	35,3%
Não respondeu	2	3,9%
Importância atribuída à adoção de medidas para a Segurança do Doente na UCC		
Nada Importante	0	0%
Pouco Importante	0	0%
Moderadamente Importante	7	13,7%
Importante	13	25,5%
Muito Importante	29	56,9%
Não respondeu	2	3,9%

Tabela 3 – Frequência de problemas na troca de informação precisa, completa e atempada com os diferentes prestadores de serviços e instituições.<sup>8</sup>

Variável

Frequência com se verificam problemas na troca de informação precisa, completa e atempada, com:	Laboratórios ou centros de imagem externos		Outros consultórios médicos ou médicos externos	
	f	%	f	%
Diariamente	0	0	0	0
Semanalmente	2	3,9	2	3,9
Mensalmente	3	5,9	4	7,8
Várias vezes nos últimos 12 meses	2	3,9	6	11,8
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	3	5,9	4	7,8
Não houve nos últimos 12 meses	5	9,8	5	9,8
Não sei/ Não se aplica	36	70,6	30	58,8
	Farmácias		Hospitais	
	f	%	f	%
Diariamente	0	0	0	0
Semanalmente	0	0	4	7,8
Mensalmente	3	5,9	2	3,9
Várias vezes nos últimos 12 meses	3	5,9	8	15,7
Uma ou duas vezes nos últimos 12 meses	1	2,0	11	21,6
Não houve nos últimos 12 meses	6	11,8	9	17,6
Não sei/ Não se aplica	38	74,5	17	33,3

Tabela 4 – Avaliação por dimensão da cultura de segurança do doente.<sup>8</sup>

Dimensões	Média Respostas Positivas (%)
D1. Trabalho em equipa	81,4%
D2. Seguimento do doente	67,1%
D3. Aprendizagem organizacional	69,7%
D4. Perceções gerais acerca da qualidade e da segurança do doente	73,8%
D5. Formação e treino dos profissionais	56,2%
D6. Apoio pela gestão de topo	31,9%
D7. Comunicação acerca do erro	63,2%
D8. Abertura na comunicação	55,3%
D9. Processos administrativos e uniformização de procedimento	51%
D10. Pressão e ritmo de trabalho	28,9%

Tabela 5 – Avaliação por dimensão da cultura de segurança do doente.<sup>8</sup>

Áreas da Qualidade	Média Respostas Positivas (%)
a. Centralização no doente	58,8%
b. Eficácia	54,9%
c. Oportunidade	76,4%
d. Eficiência	74,5%
e. Equidade	82,3%
Classificação geral da segurança do doente	52,9%