



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Procedimientos Clínicos, Intervenciones y Resultados en Salud

**Construção e validação de uma ferramenta para
promover a participação dos doentes na segurança dos
cuidados de saúde em Portugal**

TESE DE DOUTORAMENTO

Filipe Morais de Figueiredo

Diretoras:

Dra. Ana M^a Porcel Gálvez,

Dra. Eugénia Gil Garcia

Dra. Margarida Eiras

Sevilla, setembro de 2018

**Construção e validação de uma ferramenta para
promover a participação dos doentes na segurança dos
cuidados de saúde em Portugal**

Aos meus pais, pelo seu amor e
por serem os meus únicos heróis.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar queria agradecer à Administração Regional de Saúde do Algarve I.P. e à Direção-Geral da Saúde, por me possibilitarem a recolha de dados e a utilização de dados recolhidos no seio do Projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”, respetivamente. Só com todos estes foi possível a realização deste trabalho de investigação.

Às minhas três orientadoras, Professora Ana Porcel, Professora Eugénia Gil e Professora Margarida Eiras, que foram fenomenais na forma como me acompanharam ao longo de todo este trabalho. Muito obrigado pela paciência, pelas orientações e conselhos. Para se realizar um projeto de investigação também é preciso sorte e tive muita sorte por as Professoras terem aceitado acompanhar-me neste projeto.

Quero também agradecer a todas as pessoas que de alguma forma foram colaborando na execução deste projeto, especialmente à Dra. Alda Martins, Professora Anabela Coelho, à Ana e à Professora Carina Silva. A esta última, muito obrigado pela paciência e enorme ajuda.

Muito obrigado também à minha coordenadora e amiga Paula Simãozinho, pela paciência na conjugação do meu horário de trabalho com algumas atividades a que este projeto me obrigou, bem como pelas vezes que foi a única a acreditar em mim do ponto de vista profissional.

Um agradecimento especial à minha família pelo permanente apoio e carinho. Aos meus pais, por serem o meu exemplo, às minhas irmãs, cunhados e sobrinhos por me darem força.

Finalmente, à Carla, minha esposa, pelo permanente apoio e carinho e por me fazer crer que consigo fazer o que julgava impossível.

ÍNDICE

I-INTRODUÇÃO.....	9
II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
2.1 – A SEGURANÇA DO DOENTE ENQUANTO DIMENSÃO DA QAULIDADE .	11
2.1.1 – QUALIDADE EM SAÚDE	11
2.1.2 – SEGURANÇA DO DOENTE.....	17
2.2 – PARTICIPAÇÃO DO DOENTE	26
2.2.1 – LITERACIA EM SAÚDE.....	29
2.2.2 –PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE	31
2.2.3 – PARTICIPAÇÃO DO DOENTE NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL	40
III – JUSTIFICAÇÃO	45
IV – OBJETIVOS	47
4.1 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	47
4.2 – OBJETIVO PRINCIPAL	47
4.3 – OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	47
V – METODOLOGIA	49
5.1 – DESENHO DO ESTUDO.....	49
ETAPA 1 – REVISÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO DOENTE NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE	50
ETAPA 2 - ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS A DOENTES	50
ETAPA 3 – CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	52
ETAPA 4 – VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO E VERIFICAÇÃO DA FIABILIDADE DO QUESTIONÁRIO	56
5.2 – PILOTAGEM DO QUESTIONÁRIO – ETAPA 5.....	62
5.2.1 - POPULAÇÃO, AMOSTRA E CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ParticipaS.....	62
5.2.2 – ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	65
5.2.3 – VARIÁVEIS	69
5.3 – CRONOGRAMA	71
5.4 – ASPETOS ÉTICOS.....	73
5.4.1 – PERMISSÕES INSTITUCIONAIS	73
5.4.2 – CONSENTIMENTO INFORMADO.....	73
5.5– LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS AO ESTUDO	74
VI – RESULTADOS.....	75
6.1 – REVISÃO DE INSTRUMENTOS SEMELHANTES.....	75

6.1.1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	75
6.2 – ENTREVISTAS SEMI-ESTRURADAS A DOENTES	79
6.2.1 – CONSTRUÇÃO DO GUIÃO PARA AS ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADAS	79
6.2.2 – RESULTADOS DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS.....	81
6.3 - ORDENAR E ADEQUAR SEMANTICAMENTE OS ITENS AO DESENHO DO QUESTIONÁRIO	83
6.4 – VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO E VERIFICAÇÃO DA FIABILIDADE	85
Pré-teste.....	87
6.5 – PILOTAGEM DO QUESTIONÁRIO	88
6.5.1 – CARACERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	88
6.5.2 – ANÁLISE DA CONFIABILIDADE E VALIDADE DO QUESTIONÁRIO PARTICIPAS	90
6.5.3 – ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PILOTAGEM DO QUESTIONÁRIO PARTICIPAS	92
VI – DISCUSSÃO	99
VII – CONCLUSÃO.....	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS.....	129
Anexo 1	131
Anexo 2	133
Anexo 3	135
Anexo 4	141
Anexo 5	145
Anexo 6	147
Anexo 7	149

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Dimensões da qualidade em Saúde, segundo várias definições	13
Tabela 2 – Formas de participação dos doentes na melhoria contínua da segurança dos cuidados de saúde	31
Tabela 3 - Estudos em que desenvolvem, validam ou aplicam questionários para participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde;	33
Tabela 4 - Conjunto de itens selecionados nas duas etapas anteriores	52
Tabela 5 - Perguntas do guião do grupo focal	58
Tabela 6 - Itens da 3ª versão do questionário	58
Tabela 7 - Itens incluídos em todas as dimensões do questionário ParticipaS (3ª versão)	60
Tabela 8 - Dimensão da amostra por Unidade de Saúde	63
Tabela 9 - Variáveis do questionário ParticipaS.....	69
Tabela 10 - Caracterização dos estudos selecionados	76
Tabela 11 - Itens selecionados a partir da revisão da literatura	77
Tabela 12 - Perguntas do guião das entrevistas semi-estruturadas, elaboradas a partir da literatura.....	79
Tabela 13 - Perguntas do guião para as entrevistas semi-estruturadas	80
Tabela 14 - Caracterização dos participantes nas entrevistas.....	81
Tabela 15 - Frequência com que as áreas foram mencionadas e exemplo de como foram mencionadas	81
Tabela 16 - Itens desenvolvidos a partir das entrevistas	82
Tabela 17 - Itens selecionados na 1ª e 2ª versão do questionário	83
Tabela 18 - Constatações sobre diferentes itens do questionário e propostas de alteração	85
Tabela 19 - Valores do Alfa de <i>Cronbach</i> , para cada uma das dimensões do questionário	87
Tabela 20 - Dimensão da amostra por Unidade de Saúde	88
Tabela 21 - α de <i>Cronbach</i> e AICC	91
Tabela 22 - Coeficiente de Determinação (R^2), deleted item reliability coefficients (DIRC), corrected item-total correlation (CITC)	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Três níveis do conceito de qualidade (adaptado de SATURNO, 2008)	6
Figura 2 - Atividades de um programa de gestão da qualidade	15
Figura 3 - Fases de um ciclo de melhoria da qualidade	16
Figura 4 - Adaptação dos principais grupos de atividades da Gestão da qualidade à Gestão da Segurança.....	22
Figura 5 - Esquematização do desenho do estudo.....	49
Figura 6 - Cronograma da investigação.....	71
Figura 7 - Fluxograma PRISMA, com as diferentes fases da seleção dos artigos	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por género	88
Gráfico 2 - Níveis de Escolaridade da amostra	89
Gráfico 3 - Situação profissional dos participantes	89
Gráfico 4 - Portadores de doença crónica, na amostra	90
Gráfico 5 - Frequência de distribuição dos itens da dimensão 2	93
Gráfico 6 - Frequência de distribuição dos itens da dimensão 2	94
Gráfico 7 - Frequência de distribuição dos itens da dimensão 3	95
Gráfico 8 - Distribuição dos incidentes identificados pelos participantes.....	96

LISTA DE SIGLAS

ACSD Avaliação da Cultura de Segurança do Doente

AEE Análise de Equações Estruturais

AFC Análise Fatorial Confirmatória

AIIC Average Inter-Item Correlation

ARS Algarve Administração Regional de Saúde do Algarve

CFI Comparative Fit Index

CITC Corrected Item-Total Correlation

CQS Comissões da Qualidade e Segurança

EU União Europeia

EUA Estados Unidos da América

DGS Direção Geral da Saúde

DIRC Deleted Item Reliability Coefficients

GFI Goodness-of-fit Index

GQ Gestão da Qualidade

GT Grupo de Trabalho

IOM Institute of Medicine

JCAHC Joint Commission: Accreditation, Health Care, Certification

LA/AD Ligas de Amigos e Associações de Doentes

LS Literacia em Saúde

LSCS Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde

NHS National Health Service

NPSA Agência Nacional para a Segurança do doente

OCDE Organização de Cooperação e desenvolvimento Económicos

RMSEA *Root Mean Square Error of Approximation*

TLI *Tucker-Lewis index*

UK *United Kingdom*

US Unidades de Saúde

WHO *World Health Organization*

I-INTRODUÇÃO

A segurança tem-se convertido numa prioridade nos sistemas de saúde de todo o mundo, transformando-se numa das dimensões predominantes para a qualidade dos sistemas de saúde¹⁻³. Este foco na segurança do doente tem impulsionado a gestão da qualidade dos serviços de saúde^{3,4}.

A segurança do doente pode ser definida de forma sucinta, como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”².

Este interesse no estudo e controlo dos riscos de segurança na prestação de cuidados de saúde não é novo, já em 1956 Moser chamou-as “as doenças do progresso da medicina”⁵. Em 2000, o *Institute of Medicine* publica o relatório “*To err is human: building a safer health system*”¹. Este relatório mostrou ao mundo o número de erros médicos evitáveis que ocorrem cada dia, analisando o carácter sistémico dos erros e explorando estratégias de prevenção.

Como em saúde os erros são de esperar e os danos evitáveis provocam elevados custos para os sistemas e para os pacientes, a *World Alliance Patient Safety* que reúne todos os países da WHO (*World Health Organisation*), assegurou em 2002 a condução da problemática a nível mundial^{1,6}.

A estratégia para reduzir os danos e promover a segurança do doente tem-se centrado principalmente na promoção de transformações dentro dos sistemas de saúde, em alterações do comportamento profissional e nos sistemas de notificação de incidentes⁷⁻⁹.

No decorrer da última década, tem-se vindo a incluir gradualmente os doentes na prevenção de danos e promoção da segurança do doente, talvez devido a um maior foco na centralização dos cuidados no cidadão, comprovando-se assim a necessidade de colaboração de todos os atores ligados aos cuidados de saúde, de modo a contribuir para a melhoria da segurança do doente^{8,10}.

Em 2006 a WHO definiu zonas de ação no Programa de Segurança do Doente. Dentro dessas ações pode destacar-se a criação do programa *Patients for Patient Safety*, que garante que o doente está no centro do movimento pela segurança dos cuidados de Saúde¹¹. Desde então, a participação dos doentes e famílias, consumidores e cidadãos

dedicados a melhorar a segurança do doente, através de um esforço coordenado, tem sido um ponto de referência central no programa da WHO ¹².

Tem-se assim, tornado evidente a necessidade de promover a participação do doente na melhoria da segurança dos cuidados de saúde ^{10,13,14}, entendendo-se por “participação do doente” a integração do mesmo na tomada de decisão em tudo que possa influenciar a sua saúde, podendo contribuir ativamente numa ampla gama de atividades, desde a formulação de planos de tratamento, até à formulação de políticas de segurança ^{14,15}.

Promover a participação do doente na melhoria da segurança dos cuidados de saúde, implica a integração deste na tomada de decisão, de forma consciente e informada, sobre ações que podem afetar a segurança dos cuidados de saúde. Desta forma o doente pode participar na melhoria da segurança dos cuidados através de uma vasta gama de ações, que vão desde ações solicitadas pelo sistema/serviço ao paciente, até à participação ativa e mobilização para a promoção e melhoria da segurança dos cuidados de saúde ¹⁶.

É, no entanto, escassa a investigação sobre as formas de utilização da informação fornecida pelos doentes, bem como, sobre a aceitação desta participação por parte dos mesmos⁸. Encontra-se mesmo descrita na literatura a existência de determinadas temáticas em que os doentes não estão dispostos a participar na tomada de decisão, e que tal resolução se pode dever a diversos fatores ^{14,17-19}.

Contudo existe evidência que indica que os doentes estão dispostos e são capazes de participar em estratégias de prevenção do erro ²⁰, e que têm potencial para melhorar a sua segurança ^{7,21,22}.

Está assim patente, a necessidade de desenvolver programas, processos e estratégias que permitam ao doente participar na melhoria da segurança dos cuidados de saúde ²³.

Na atualidade as formas de promoção da participação e integração do doente na segurança dos cuidados de saúde podem dividir-se em três categorias: as que pretendem mobilizar os doentes para a segurança dos cuidados de saúde; as que visam promover a participação ativa do doente na prevenção de incidentes; e as que pretendem solicitar e utilizar a informação relevante que os doentes podem facultar ^{16,24}.

Constitui objetivo deste trabalho, promover a participação do doente na segurança dos cuidados de saúde, desenvolvendo uma ferramenta/estratégia através da qual o sistema/serviço possa solicitar aos doentes a identificação de áreas prioritárias de intervenção para a segurança dos cuidados de saúde.

II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 – A SEGURANÇA DO DOENTE ENQUANTO DIMENSÃO DA QUALIDADE

2.1.1 – QUALIDADE EM SAÚDE

Presentemente a qualidade tem ganho uma atenção redobrada em todos os sectores, inclusivamente no sector da saúde. Esta atenção e interesse são compartilhados pelos utilizadores (população recetora dos serviços), gestores e profissionais de saúde ¹.

Segundo Barros (1999), na génese deste crescente interesse pela qualidade estão vários fatores: a necessidade de contenção de custos, uma maior atenção da população aos aspetos da qualidade, sendo esta cada vez mais um fator de escolha; e a alteração dos mecanismos de financiamento, com a introdução de risco financeiro para os prestadores, que tem criado algum receio de uma diminuição da qualidade ²⁶.

A contínua procura de uma definição de qualidade em saúde é patenteada em toda a bibliografia sobre a temática. De facto, esta necessidade de definir qualidade vincula-se na pertinência de, entre outras coisas, dar validade à sua medição e melhoria ^{1,2}.

A qualidade em saúde pode ser definida na ótica do utilizador, do prestador, do gestor/financiador, existindo vários fatores que podem condicionar a sua definição, como o nível de prestação centrada no hospital, na unidade/serviço ou ainda no contexto da prestação de cuidados de saúde primários ³.

Com o intuito de evitar a subjetividade e contribuir para a validade das ações de melhoria da qualidade, podemos definir a qualidade de forma geral; em relação aos serviços de saúde; e até mesmo relativa a um serviço e/ou problema de saúde específico (Figura 1). Tudo passa pela resposta à pergunta: O serviço oferecido é de qualidade? ⁴

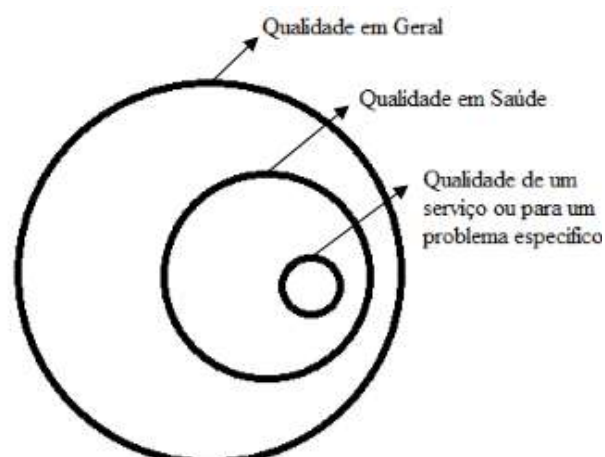


Figura 1 - Três níveis do conceito de qualidade (adaptado de Saturno, 2008) ¹

Existem várias definições de qualidade dos serviços de saúde, não sendo desígnio deste trabalho fazer um levantamento e estudo das diferentes definições, no entanto vale a pena enumerar algumas das mais relevantes, de modo a trazer alguma reflexão sobre os conceitos e dimensões mais abordados nestas:

- Para Donabedian (1988) uma prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade é um tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização de uma medida inclusiva do bem-estar do utente, depois de ele tomar em consideração o balanço entre ganhos e perdas esperados, nas várias fases do processo de prestação de cuidados ⁵.
- Em 1990 o *Institute of Medicine* (IOM) define qualidade em saúde como: Grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de se atingir os resultados de saúde desejados tanto para indivíduos como para populações, e que são consistentes com o conhecimento profissional corrente ⁶.
- O programa Ibérico (1990) adotou a seguinte definição para qualidade em saúde: a prestação de serviços acessíveis, a um nível profissional ótimo, que considera os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação dos profissionais ⁷;
- Em 1993 a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) define qualidade em saúde como: modo como os serviços de saúde, com atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter resultados desejados e reduzem a possibilidade de obter resultados indesejados ⁸;
- A WHO no ano de 2006 descreve qualidade em saúde, da seguinte forma: nível de realização dos objetivos dos sistemas de saúde, para a melhoria da saúde e para a capacidade de resposta que satisfaça as legítimas expectativas da população ⁹;

Na realidade não existe uma definição universal de “qualidade em saúde”, cada instituição ou sistema deve adotar aquela que melhor se enquadra com a sua perspetiva, devendo possuir uma série de dimensões orientadoras acerca do que observar para avaliar se existe ou não qualidade, e utilidade no serviço em geral ².

Há uma série de dimensões que têm sido incluídas nas definições de qualidade em saúde apresentadas por diversos autores e instituições, sendo que algumas delas são transversais a diversas definições. Na tabela 1, são apresentadas as dimensões presentes em algumas das definições de qualidade mais reconhecidas a nível internacional.

Tabela 1 - Dimensões da qualidade em Saúde, segundo várias definições (feito com base em Saturno 2008 e Quigley 2008)¹

Donabedian 1988	Programa Ibérico 1990	JCAHO 1999	Council of Europe 1999	IOM 2001	WHO 2006
Efectividade		Efectividade	Efectividade	Efectividade de	Efectividade
Eficiência		Eficiência	Eficiência	Eficiência	Eficiência
Acessibilidade	Acessibilidade	Acessibilidade	Acessibilidade		Acessibilidade
Segurança		Segurança	Segurança	Respeito/s egurança	Segurança
Adequação		Adequação	Adequação		
Equidade	Equidade			Equidade	Equidade
		Atempada		Atempada	
			Aceitabilidade		
	Satisfação do doente		Satisfação do doente	Centraliza ção no doente	Centralização no doente
Melhoria da saúde	Competência profissional		Eficácia		

Embora na tabela 1 sejam referidas uma série de dimensões, que são apontadas nas diversas definições de qualidade em saúde, vale a pena centrar a atenção naquelas que são determinadas pela WHO (2006) ⁹:

- Efetiva – prestação de cuidados de saúde com base em evidência, que resulta em melhores resultados de saúde para os indivíduos e comunidades, baseados na necessidade;
- Eficiente - prestar cuidados de saúde de forma a maximizar a utilização dos recursos e evitar o desperdício;
- Acessível – prestação de cuidados de saúde de forma oportuna, atempada, geograficamente razoável e num meio em que tanto as competências como os recursos sejam adequados às necessidades;
- Centrada no cidadão - leva em conta as preferências e as aspirações dos utilizadores individuais dos serviços e as culturas das comunidades em que está inserido;
- Equitativa – a administração de cuidados não varia em qualidade de acordo com as características pessoais, como o género, a raça, a etnia, o nível socioeconómico ou a localização geográfica;

- Segura – cuidados de saúde que minimizem os riscos e danos aos utilizadores dos serviços.

Um esquema muito semelhante a este foi o apresentado pela IOM em 2001, no entanto este esquema não inclui a dimensão acessibilidade, apresentando por sua vez outra dimensão, a oportunidade.

Todas estas dimensões, que podem ser utilizadas na definição de qualidade em saúde, assumem diferentes graus de importância de acordo com as necessidades, expectativas e interesses dos diferentes agentes que interagem na prestação de cuidados de saúde ¹⁰.

Entender as dimensões adotadas e utilizadas para definir a qualidade em saúde, proporciona um importante referencial, mas é ainda insuficiente como instrumento para medir diretamente a qualidade. É assim necessário especificar como se traduzem as dimensões em requisitos de qualidade de cada serviço oferecido ²⁵.

Donabedian em 1988 propõe que a qualidade dos cuidados de saúde pode ser avaliada através da sua estrutura (características do ambiente em que os cuidados de saúde são prestados, como recursos materiais e humanos), processos (forma como os cuidados são fornecidos e recebidos) e resultados (consequências dos cuidados no estado de saúde de indivíduos e populações), argumentando que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado ²⁹. Esta metodologia ainda é amplamente aceite na atualidade, adaptando-se às diferentes circunstâncias.

2.1.1.1 - Programa de Gestão da qualidade

No decorrer deste trabalho utilizou-se o conceito de programa de Gestão da Qualidade (GQ), empregue por Saturno (2008), para se referir ao conjunto de elementos estruturais e de atividades que têm como fim específico a melhoria contínua da qualidade ¹¹.

Os programas de GQ devem ser feitos à medida de cada instituição, mas podem ser caracterizados por elementos básicos, tais como a estrutura, as normas de funcionamento e as atividades de melhoria ¹¹.

Os programas de GQ são assim, um conjunto de elementos estruturais e de atividades que têm como fim específico a melhoria contínua da qualidade. Dentro deste objetivo

específico, as diversas atividades a realizar podem ser agrupadas de acordo com os três principais pontos de partida de um programa:

- I. Identificação de oportunidades de melhoria;
- II. Elaboração de indicadores e monitorização;
- III. Planeamento de novos serviços ou mudanças substanciais nos serviços existentes.

Estes três pontos de partida equivalem a três áreas de atividades dentro de um programa de gestão da qualidade: ciclos de melhoria, monitorização e planeamento da qualidade ^{4,11}. Na figura 2 apresentada de seguida é exposta a representação esquemática das três áreas de atividade de um programa de gestão da qualidade.

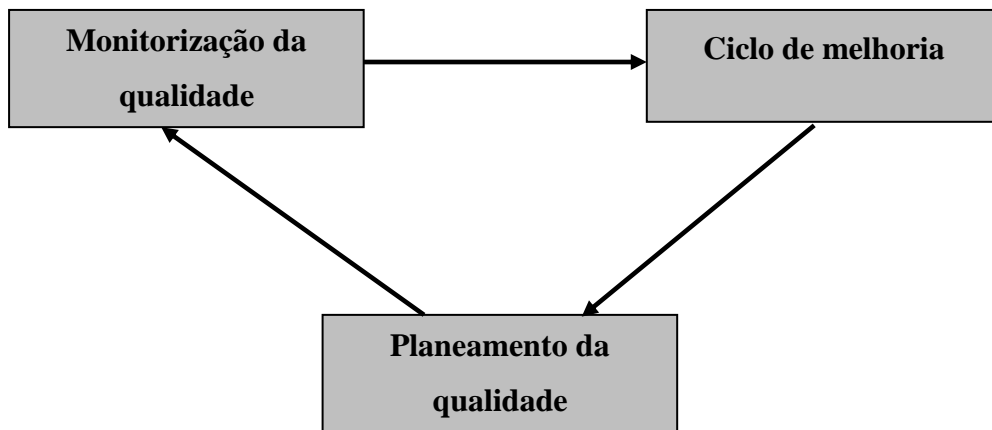


Figura 2 - Atividades de um programa de gestão da qualidade
(adaptado de Saturno, 2008) ¹¹

Cada um destes grupos de atividades que pode servir de ponto de partida para um programa de GQ tem pressupostos, referências e objetivos para a sua execução:

Planeamento da Qualidade

O planeamento da qualidade tem como principal objetivo a correta execução das atividades na primeira tentativa, segundo parâmetros pré-fixados, ou seja, pode-se dizer que planejar a qualidade é o mesmo que prevenir. Tem como ponto de partida a programação de um novo serviço, a identificação de necessidades e/ou expectativas dos utilizadores e a identificação dos resultados pretendidos ¹¹.

Monitorização da Qualidade

A monitorização da qualidade é uma medição periódica e planeada de uma série de características que resumem a qualidade, designadas por indicadores. Estes indicadores

podem resultar de ciclos de melhoria e/ou ser construídos especificamente para “controlar” aspetos que consideramos importantes no serviço/sistema. Têm por objetivo controlar os níveis de qualidade desejáveis, ou seja, têm como principal objetivo identificar problemas de qualidade ou oportunidades de melhoria ¹¹.

Ciclos de Melhoria da Qualidade

As atividades a realizar nos ciclos de melhoria, têm como objetivo aproveitar os problemas de qualidade ou oportunidades de melhoria detetados, para analisar e solucionar os mesmos ^{11,12}.

Os Ciclos de melhoria da qualidade são realizados seguindo uma série de passos específicos, como por exemplo os que estão expostos na Figura 3.

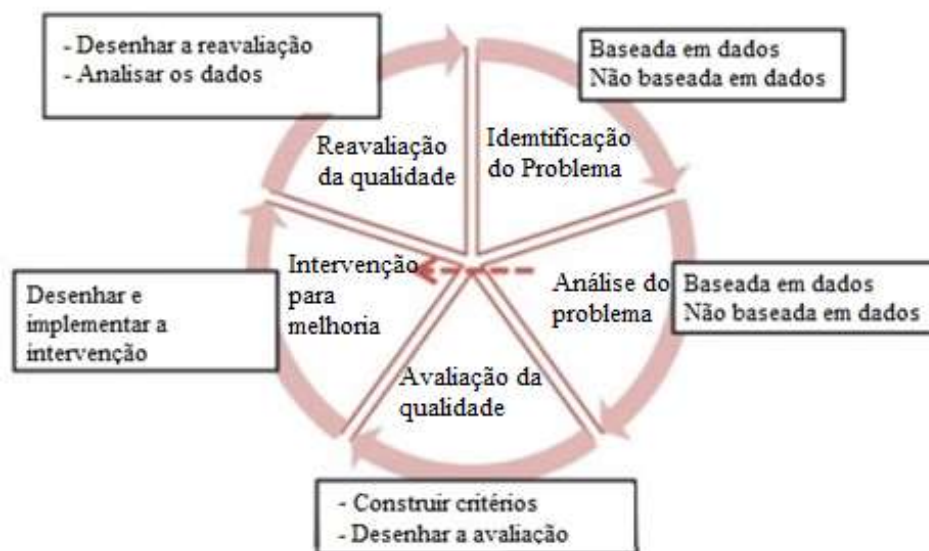


Figura 3 - Fases de um ciclo de melhoria da qualidade¹³

Existem muitos outros esquemas e metodologias sobre as atividades que constam num programa de GQ (que podem adotar diversas terminologias, tais como garantia da qualidade, gestão da qualidade total, melhoria contínua da qualidade, etc.), entre os quais o mais conhecido e utilizado talvez seja o ciclo PDCA ou Ciclo de Deming, que conta com inúmeras aplicações no âmbito da Saúde ¹⁴⁻¹⁶.

2.1.2 – *SEGURANÇA DO DOENTE*

A segurança do doente é uma das dimensões da qualidade que é mais comum nas definições do conceito de qualidade em saúde, e que segundo a mais recente proposta da WHO significa “ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à prestação de cuidados de saúde”⁹.

Muitos autores advogam mesmo que a qualidade e a segurança são um *continuum*, mostrando a relação de complementaridade que claramente existe entre os dois conceitos¹⁷, não podendo existir qualidade nos serviços de saúde sem que haja segurança. Neste contexto, este tema tem mobilizado a comunidade científica a nível internacional¹⁸.

As “falhas” ao nível da segurança do doente podem ter consequências nas organizações de saúde, nos seus profissionais, e principalmente nos doentes¹⁹, de onde se podem destacar:

- Perda de confiança nas organizações de saúde e nos seus profissionais, por parte dos doentes, degradando-se a confiança entre profissionais e pacientes;
- Aumento dos custos sociais e económicos, variando de acordo com a dimensão dos danos e a casuística dos mesmos;
- A possibilidade de atingir os resultados esperados/desejados diminui, o que interfere diretamente na qualidade dos cuidados prestados.

Apesar de a segurança do doente não ser um tema novo, pois já Hipócrates evocava o “*primum enon nocere*” para limitar possíveis falhas, bem como mais tarde já em 1863, *Florence Nightingale* afirmava nas suas notas “pode parecer estranho enunciar o princípio, mas o primeiro objetivo de um hospital deve ser não provocar danos”²⁰, foi nas últimas décadas que a segurança do doente se tornou numa questão central nas agendas de muitos países a nível mundial, sendo igualmente assunto central na estratégia de várias organizações internacionais²⁰

Tem-se assim assistido à valorização da investigação na área da segurança do doente (*patient safety research*), no sentido de criar e avaliar soluções inovadoras que possam acrescentar valia em termos de ganhos clínicos, sociais e económicos¹⁹.

No entanto, a investigação em segurança do doente, na opinião de vários autores ainda não tem o foco merecido e desejável numa grande quantidade de países, encontrando-se a dar os seus primeiros passos, mas de uma forma fragmentada e pouco valorizada^{21,22}.

A divulgação de vários estudos e relatórios a nível internacional, como são exemplo o relatório “*To err is human*”²³ publicado nos Estados Unidos da América, do relatório “*An Organization with a Memory*”²⁴ no Reino Unido, ou do “*Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care*” no Canadá, deram a conhecer a dimensão, natureza e impacto dos eventos adversos a nível internacional, funcionando como um fator de alavancagem para o desenvolvimento da investigação nesta área¹⁹.

Em 2004 a WHO constituiu a *World Alliance for Patient Safety* para liderar a nível internacional os programas de segurança do doente, o que se tornou num marco, na melhoria da segurança dos cuidados de saúde em todos os Estados-Membros, sendo que o programa de ação que foi publicado em 2005 conteve os seguintes desafios²⁵:

- Envolvimento dos doentes (*Patients for Patient Safety*);
- Desenvolvimento da taxonomia;
- Investigação na área da segurança do doente;
- Encontrar estratégias para reduzir o risco nos cuidados de saúde e melhorar a segurança;
- Elaborar relatórios e desenvolvimento de aprendizagens.

Com a Declaração de Luxemburgo, *Patient Safety – making it happen!* que afirma que é um direito dos doentes ter a expectativa de que sejam feitos todos os esforços para garantir a sua segurança enquanto utilizadores dos serviços de saúde, a Europa adota a segurança do doente como uma prioridade estratégica partilhada por todos os seus membros, emanando recomendações para políticas internacionais, nacionais e locais²⁶.

A União Europeia concebeu em 2005, “um mecanismo no âmbito do qual são debatidas e aprofundadas questões relacionadas com a segurança dos doentes, enquanto aspeto prioritário da política de saúde. Sob os auspícios do Grupo de Alto Nível sobre Serviços de Saúde e Cuidados Médicos foi criado um grupo de trabalho que conta, entre os seus membros, com a WHO (principalmente através da Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes), com o Conselho da Europa, com a Organização de Cooperação e

Desenvolvimento Económicos (OCDE) e com associações europeias de doentes, médicos, profissionais de enfermagem, farmacêuticos, dentistas e hospitais. No contexto deste grupo, a Comissão Europeia visa facilitar e apoiar o trabalho e as atividades desenvolvidas pelos Estados- Membros”.

Em 2006 o Conselho da Europa emana recomendações sobre a Gestão da Segurança do Doente e a Prevenção de Eventos Adversos na Prestação de Cuidados de Saúde, reconhecendo que apesar do erro ser inerente a todos os campos da atividade humana, é, no entanto, possível aprender com os erros, e evitar a sua repetição, e que os prestadores de cuidados de saúde e as organizações que tenham atingido um elevado nível de segurança têm a capacidade de reconhecer os erros e aprender com os mesmos ³.

Foram também surgindo em diversos países, por todo o mundo, agências que têm como principal intuito a melhoria da segurança do doente, como são exemplo a *National Patient Safety Agency*, do Reino Unido; a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* nos Estados Unidos da América, a *Australian Patient Safety*, na Austrália, ou a *Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud*, em Espanha.

A Agência Nacional para a Segurança do doente (NPSA) do sistema Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido descreveu sete passos essenciais para desenvolver uma organização segura ²⁷, sendo eles:

1. Construir uma cultura de segurança;
2. Fomentar a liderança da equipa de pessoas;
3. Integrar as tarefas de gestão de riscos na prática quotidiana;
4. Promover a informação de eventos adversos;
5. Envolver e comunicar com os utilizadores e cidadãos;
6. Aprender e partilhar lições sobre segurança;
7. Implementar soluções para prevenir dano.

A maior proliferação da investigação e publicação de trabalhos sobre a segurança do doente, levou a que a *World Alliance for Patient Safety* criasse uma classificação internacional sobre segurança do doente, com o intuito de generalizar a compreensão da investigação e dos trabalhos publicados sobre o tema. Surgiu assim a “*Conceptual framework for the international Classification for patient safety*”, cuja tradução foi realizada para português pela Direção-Geral da Saúde em 2011 ²⁸.

Em 2009, o Conselho da União Europeia tendo como sustentação os trabalhos da WHO através da *World Alliance for Patient Safety*, do Conselho da Europa e da OCDE, reconhece a insuficiente segurança do doente como grave problema de Saúde, emanando recomendações sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde ²⁹.

2.1.2.1 - Classificação de alguns conceitos relacionados com a segurança do doente

Os erros são uma constante da prestação de cuidados de saúde e ocorrem em qualquer fase do processo da sua prestação, considerando que um *erro* é a “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou desenvolvimento incorreto de um plano” ²⁸.

Estes erros são por definição não intencionais, podendo ser de *comissão*, por prática de uma ação errada, ou de *omissão* por não conseguir praticar a ação certa ^{28,30}

Um erro pode originar um *incidente*, definido como um “evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente” ²⁸, podendo designar-se por *evento adverso*, quando o doente sofre ou é de alguma forma lesado. ³⁰

Os eventos adversos, podem ser agrupados em ocorrências relacionadas com: os profissionais; os procedimentos; o sistema ³⁰.

2.1.2.2 - Dimensão da problemática da Segurança do doente

Diferentes estudos sobre esta temática têm permitido conhecer a dimensão, natureza e o impacto dos eventos adversos. No entanto, apesar das especificidades apresentadas por cada estudo, dificultarem a comparação e replicação noutros contextos, a maioria apresentam resultados similares ³¹.

Considerando o relatório “*To err is human: building a safer health care system*” nos Hospitais do EUA (Estados Unidos da América) ocorrem entre 44.000 e 98.000 mortes por ano devido a danos decorrentes dos cuidados de saúde e não da sua doença, sendo que 7.000 mortes evitáveis são relacionadas com a medicação. Ou seja, a segurança do

doente tem um custo estimado de 17/29 biliões de dólares, sendo os eventos com dano no internamento apontados como a oitava causa de morte nos EUA ²³.

Segundo o estudo “*An organization with a memory*” ocorrem no Reino Unido cerca de 850.000 eventos adversos por ano, com 10.000 notificados por reação à medicação, sendo que as infeções hospitalares apresentam um custo estimado de cerca de £1 bilião/ano (15% poderiam ser evitáveis).

No Canadá em cerca de 7% das admissões hospitalares ocorrem eventos adversos e entre 9.000 e 24.000 cidadãos morrem anualmente devido a erros evitáveis ³².

Tendo em conta os dados divulgados pela Comissão das Comunidades Europeias (CCE), na União Europeia (UE) entre 8% e 12% dos doentes internados são vítimas de eventos adversos ³³.

Em Portugal O estudo intitulado “Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade” ¹⁸ é talvez um dos mais importantes neste domínio. Este estudo, realizado em 3 hospitais públicos da região de Lisboa, teve por base a informação contida nos processos clínicos de uma amostra de 1.669 doentes internados durante o ano de 2009. Os resultados deste estudo apontam para uma taxa de incidência de eventos adversos de 11,1%, com um intervalo de confiança de 95% (9,6%; 12,6%). Relativamente ao seu impacto, constatou-se a presença de dano, incapacidade ou disfunção permanente em 5,7% dos casos e em 10,8% ocorreu óbito. Cerca de 53% das situações de eventos adversos foram consideradas evitáveis e em 58,7% dos casos houve prolongamento do período de internamento, com um valor médio de 10,7 dias ^{18,30}.

A produção gradual de conhecimento sobre esta temática tem funcionado como impulsionador para o desenvolvimento de iniciativas e políticas, tanto a nível nacional como internacional, que visam a prevenção desta problemática ³⁰.

2.1.2.3 – Gestão da Qualidade focada na segurança do doente

Como já foi mencionado anteriormente, a segurança é uma das dimensões da qualidade, portanto a sua gestão e melhoria compartilha os mesmos princípios da melhoria permanente da qualidade ³⁴.

Os três grupos de atividades de um programa de gestão da qualidade focado na segurança do doente, enquanto uma dimensão da qualidade, são complementares, devendo estas atividades ser integradas de forma complementar nos serviços de saúde. Podendo iniciar-se por qualquer grupo de atividades (planeamento; monitorização; ciclo de melhoria), deve-se acautelar que os processos iniciados por meio de um planeamento da segurança serão monitorizados e uma vez identificados problemas, serão tomadas ações, utilizando-se ciclos de melhoria contínua ^{4,35}.

Pode assim esquematizar-se a gestão da segurança como a integração dos principais grupos de atividades de um programa de gestão da qualidade, centradas na segurança do doente, envolta por uma cultura de segurança do doente, ao nível da Unidade de Saúde, tal como está esquematizado na Figura 4.

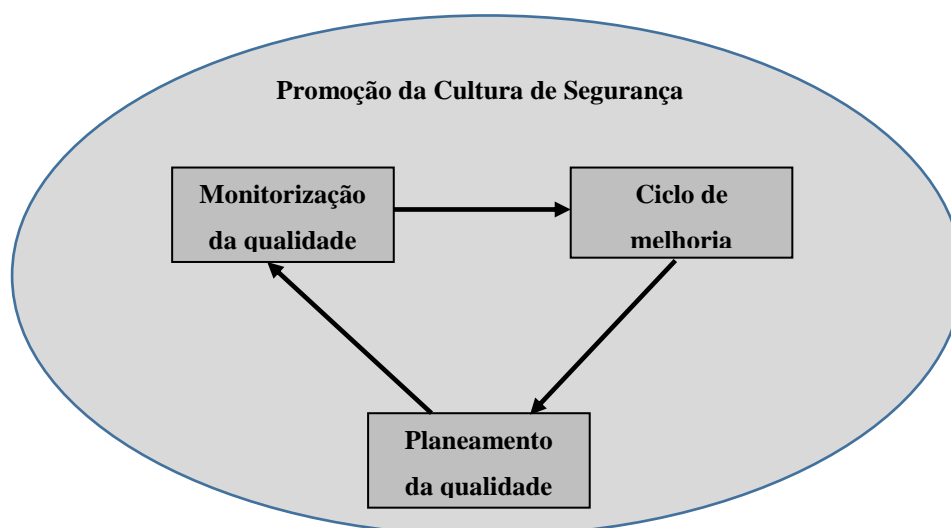


Figura 4 - Adaptação dos principais grupos de atividades da Gestão da qualidade à Gestão da Segurança.

(Adaptado de: Harada, M. d. J. e Pedreira M. 2013) ⁴

É apresentado de seguida um resumo do que pode ser incluído em cada tipo de atividade, considerando os objetivos da mesma: I – Prevenir problemas de segurança; II – Identificar problemas de segurança; III – solucionar problemas de segurança; IV – Promover a cultura de segurança interna, numa unidade de saúde ^{4,35}.

I – Prevenir problemas de Segurança

A prevenção de problemas de segurança, deve ser feita através da delineação de procedimentos, estruturas e boas práticas que possam implicar diretamente com a segurança dos cuidados de saúde, isto é, proceder à implementação de barreiras para

prevenir a incidência de erros ou a sua probabilidade de ocorrência e/ou impacto nos doentes ^{4,35}.

Torna-se importante nos serviços de saúde fazer um planeamento da segurança dos cuidados, enquanto dimensão da qualidade, através da construção de protocolos e guias de prática clínica ¹¹. Os protocolos devem pautar-se por terem qualidade formal (ser de fácil leitura, flexíveis, confiáveis, entre outros), conteúdos fundamentados em evidências científicas, serem corretamente usados e comprovadamente efetivos ²⁸.

II – Identificar problemas de segurança

Uma estratégia que pode ser utilizada para a identificação de problemas de segurança dos cuidados de saúde, é a medição planeada e periódica de uma série de indicadores que resumem a segurança de um determinado procedimento e/ou serviço ¹¹.

Assim, a monitorização de indicadores pode ser definida como uma atividade planificada e sistemática para identificar problemas ou situações que devem ser estudadas de forma profunda ou ser objeto de intervenção para melhorar ⁴

Os bons indicadores precisam de ser válidos, confiáveis e úteis para detetar problemas de segurança do doente e para controlar a sua resolução e a sustentabilidade das melhorias alcançadas ⁴.

Existem vários tipos de indicadores de segurança do doente, mas os principais focos, são os seguintes:

- Indicadores Sentinela – Necessita apenas de um caso positivo para indicar um problema de segurança do doente, motivando uma análise das causas para replanear o processo em questão e evitar a repetição do mesmo ³⁴.
- Indicadores de alerta ou “*triggers*” – Representam sinais, sintomas ou situações que revelam a provável existência de um evento adverso que produziu dano. Quando são encontrados, deve-se realizar uma avaliação mais detalhada para ver se realmente o evento adverso ocorreu ^{4,34}.
- Indicadores de resultado – Abrangem fundamentalmente a existência de eventos adversos (inclusivamente a morte). Apesar da sua validade, são de difícil mensuração e interpretação, uma vez que precisam de dados adicionais para realizar os ajustes adequados ³⁴.

- Indicadores de estrutura e processo – São baseados em aspetos estruturais e de processo cuja influência na segurança do doente está comprovada com evidências científicas. Estes indicadores são mais fáceis de interpretar e de comparar³⁶.

Outra estratégia utilizada para identificar problemas de segurança dos cuidados de saúde é a criação de sistemas de notificação de incidentes, onde se reportam eventos adversos que devem ser alvo de uma análise sistemática das suas causas, ou ter atenção redobrada por parte dos sistemas de saúde, possibilitando também uma aprendizagem sobre o mesmo ^{4,34}.

No entanto, como pontos negativos da utilização de sistemas de notificação de incidentes, pode referir-se que existe uma grande variedade, não são úteis para fazer estimativas ou seguimento da frequência dos incidentes e o seu funcionamento e aproveitamento dependem muito da cultura de segurança das instituições.

III – Solucionar problemas de segurança do doente

Com os problemas de segurança identificados, torna-se necessário analisá-los e solucioná-los. Os ciclos de melhoria da qualidade visam precisamente analisar e solucionar os problemas de segurança¹¹.

Neste sentido, após a identificação de um problema de segurança deve-se desencadear uma sequência de atividades, que se encontra exposta na figura 3 e que engloba:

- 1) Analisar o problema em função do conhecimento que se tenha sobre as suas causas;
- 2) Definir critérios, requisitos ou especificações que sirvam para constatar a resolução do problema;
- 3) Desenhar e realizar o estudo do problema, para depois analisar e discutir os resultados;
- 4) Planear e implementar a intervenção oportuna, cujo efeito deve ser medido para reavaliar a importância do problema.

Os ciclos de melhoria da segurança do doente podem, e devem, ser aplicados a diversos problemas, como a melhoria da prevenção de incidentes de segurança (prevenção de úlceras de pressão, de quedas, de uso incorreto da medicação), da utilização dos sistemas de notificação, da cultura de segurança organizacional, entre outros ⁴.

IV - Criação e manutenção da cultura de segurança do doente

O sucesso de todas as atividades de um programa de gestão da segurança está dependente da existência de uma cultura de segurança forte na instituição. Assim, é necessário promover uma cultura de segurança em todos os âmbitos de serviços de saúde, apresentando-se como um componente estrutural básico das organizações, refletindo uma consciência coletiva relacionada a valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança^{4,34}.

Organizações com culturas de segurança eficazes compartilham um compromisso constante com a segurança como prioridade máxima, que atravessa a organização no seu todo. Os componentes principais incluem (1) o reconhecimento de que as atividades de uma organização têm uma natureza de alto risco e são propensas a erros, (2) um ambiente sem culpa onde os indivíduos são capazes de comunicar erros ou quase eventos sem punição, (3) uma expectativa global de colaboração entre todos os profissionais e níveis da organização para encontrar soluções para as vulnerabilidades e (4) a vontade da organização para alocar recursos em assuntos de segurança³⁷.

Existem alguns elementos que contribuem para uma cultura de segurança das organizações de saúde: liderança forte e “vencedora”, utilização de exemplos de fora do sector da saúde, como é o caso da aeronáutica, utilização de simuladores, e formação e treino pós graduado ao longo da vida do profissional³⁸.

As organizações de saúde devem identificar a sua cultura de segurança do doente, existindo para isso vários instrumentos. Esta avaliação poderá ser realizada através de metodologias qualitativas ou quantitativas, sendo reconhecido que existem dimensões que devem ser incluídas em qualquer dos instrumentos, como sejam o compromisso da liderança com a segurança, as políticas e procedimentos, a comunicação, a notificação, a pressão no trabalho e os recursos humanos³.

“Em síntese, determinar as atitudes e perceções dos profissionais que contribuem para a cultura de segurança das organizações é o início de um processo de melhoria da Segurança do Doente. Identificar prioridades, implementar mudanças e avaliar o impacto na Segurança do Doente, após a comunicação dos resultados da avaliação da cultura de segurança a todos os colaboradores e gestores, é o início de um ciclo de melhoria da Segurança do Doente”³.

2.2 – PARTICIPAÇÃO DO DOENTE

O termo “participação do doente” é muitas vezes utilizado na literatura como sinónimo de outros termos, tais como *envolvimento do doente*, *empoderamento do doente*, *colaboração do doente*, ou *cuidados centrados no doente* ^{39,40}.

O conceito de participação do doente permanece ainda assim pobremente definido na literatura. A *US National Library of Medicine* define participação do doente, como “o envolvimento do doente na tomada de decisão sobre questões relacionadas com a saúde”⁴¹.

A participação do doente, pode ser assim caracterizada como o envolvimento do doente nos diferentes níveis de participação no processo da tomada de decisão sobre tudo o que afeta a sua vida ^{40,42}. A participação na tomada de decisão é entendida como participação em decisões relacionadas com a condição do doente (por meio do consentimento informado ou de um plano de terapia) e decisões relacionadas com níveis mais estratégicos, como o desenvolvimento de serviços.

O conceito de participação do doente pode ser utilizado em diferentes níveis: micro (cuidado individual), meso (desenvolvimento de serviços; planeamento, entrega e avaliação de cuidados; educação e treino de prestadores de serviços de saúde) e macro (política). Cada nível está associado a uma variedade de tipos e atividades de participação ⁴⁰. Tritter ⁴³ distinguiu cinco tipos diferentes de participação: (1) participação individual do doente nas decisões de tratamento, (2) participação no desenvolvimento de serviços, (3) integração das perspetivas do doente na avaliação dos serviços, (4) participação na educação e treino e (5) participação em atividades de pesquisa. Podem encontrar-se na literatura várias definições, para cada tipo de participação.

A promoção da participação do doente está intrinsecamente ligada à redefinição do papel do doente ³⁹, ou seja, à passagem de um modelo “paternalista” em que os doentes são vistos como espetadores passivos no seu próprio tratamento ⁴⁴, vigente até à data em muitos sistemas de saúde, para um modelo em que os doentes são tidos como um membro central na tomada de decisão sobre questões relacionadas com a sua condição ⁴⁴.

Diversos fatores têm contribuído para esta mudança de paradigma, podendo a mesma estar relacionada com considerações humanistas que asseveram que todo o ser humano é dotado de vontade, e portanto com direito à autodeterminação, pelo que ao participar na

tomada de decisão sobre a sua saúde o doente está a exercer um direito fundamental ^{14,65}. Esta mudança pode também estar relacionada com o consumismo, pois o doente pode exigir cuidados de saúde de qualidade, avaliando continuamente o serviço e/ou apresentando reclamações, o doente-consumidor pode contribuir para essa melhoria ^{14,66}.

Diversas iniciativas que têm preconizado a participação do doente nos cuidados de saúde, têm demonstrado que esta traz um efeito positivo na qualidade do atendimento, com uma melhoria na acessibilidade aos serviços de saúde ^{40,45}, na segurança dos cuidados de saúde³⁹, assim como um aumento da satisfação do doente ^{40,45}. Têm demonstrado também, que com a participação dos doentes, os profissionais de saúde aumentam a sua empatia, as capacidades comunicacionais ^{40,46}, o que se traduz em doentes mais informados e capacitados.

Assim pode-se considerar a participação do doente uma estratégia para alcançar uma abordagem dos cuidados de saúde centrados no doente, sendo esta centralização no doente uma pré-condição para facilitar o empoderamento do doente ^{40,47,48}.

Entendendo empoderamento do doente como um processo de capacitação ^{40,49,50} e tendo em conta que pode ter uma componente individual e uma coletiva, considera-se:

- O empoderamento individual do doente é um processo que permite aos doentes exercer mais influência sobre a sua saúde individual, aumentando as suas capacidades para obter mais controle sobre questões que eles mesmos definem como importantes ⁴⁰.
- O empoderamento coletivo do doente é um processo que dá aos grupos o poder de expressar as suas necessidades e agir para atender a essas necessidades e melhorar a sua qualidade de vida ⁴⁰.

Os doentes querem participar na tomada decisão em relação à sua saúde?

Atuais paradigmas legais e éticos sugerem que os doentes não só querem, como devem ser incentivados a participar ativamente na tomada de decisões em relação à sua saúde ^{39,51}, pois os doentes que participam ativamente na tomada de decisões em saúde apresentam melhores resultados de saúde em comparação com aqueles que não participam ⁵².

No entanto, muitas vezes é difícil determinar se esta autonomia manifestada na participação do doente na tomada de decisão em saúde é percebida pelos doentes como um direito ou um dever ⁵¹, estando demonstrado na literatura que existem algumas temáticas em que os doentes se mostram menos disponíveis para participar na tomada de decisão ^{39,53-55}.

Existem diversos fatores que podem influenciar a participação dos doentes na tomada de decisão em saúde. Entre eles os mais referidos são:

- A aceitação do novo “papel” do doente, tanto por parte dos profissionais de saúde como do próprio doente ^{39,51};
- O nível de literacia em saúde dos doentes ^{39,52,56-59};
- Confiança do doente nas suas próprias capacidades, tomando mais facilmente uma decisão quando estão bem informados e conseguem assegurar que fazem a escolha certa ^{39,56};
- Tipos de decisões que são requeridas, pois os doentes participam mais facilmente em decisões que não requerem conhecimentos médicos ³⁹;
- Tipo de patologia que o doente sofre, sendo que normalmente a vontade de participar na tomada de decisão e participar no processo de tratamento é na maioria das vezes inversamente proporcional à gravidade da doença ^{39,51,59-61}.
- Idade do doente, estando normalmente os doentes mais idosos, menos dispostos a participar na tomada de decisão, independentemente de outros fatores ^{39,51,62};
- Sexo do doente, sendo que há estudos que demonstram que as mulheres estão mais dispostas a participar na tomada de decisão
- Nível socioeconómico ^{39,56,62}, sendo os doentes pertencentes a níveis socioeconómicos mais baixos estarão menos predispostos a participar na tomada de decisão em saúde.
- Origem étnica do doente ⁶³⁻⁶⁵;
- Utilização de medicinas alternativas por parte dos doentes, sendo aqueles que utilizam medicinas alternativas mais participativos na tomada de decisão ^{39,66}, embora este facto não seja consistente em todos os estudos ⁶⁷.

2.2.1 – LITERACIA EM SAÚDE

Um dos principais obstáculos à participação do doente são os baixos níveis de Literacia em Saúde (LS) dos doentes³⁹.

Considerando a definição de LS adotada pela WHO e Consórcio Europeu para a LS, “a Literacia em Saúde está ligada à literacia e inclui os conhecimentos, motivações e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação sobre saúde, de modo a fazer julgamentos e a tomar decisões sobre cuidados de saúde na vida quotidiana, assim como para prevenir a doença, promover a saúde e manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida”⁶⁸.

Verificasse assim, que a LS se relaciona com a maneira como as pessoas compreendem a informação acerca da Saúde e dos cuidados de Saúde, e como a utilizam nas suas vidas para tomar decisões. A LS afeta assim a Saúde das pessoas, bem como a segurança e qualidade dos cuidados de saúde.

A literacia é constituída por dois elementos fundamentais: as tarefas (*tasks*) em que o indivíduo consegue ler um texto básico ou escrever frases simples e as competências (*skills*), que o indivíduo deve possuir para realizar essas tarefas^{69,70}.

São distinguidos três tipos ou dimensões de Literacia^{69,70}:

- Literacia funcional/básica: competências suficientes para ler e escrever, que permita a plena atividade na vida quotidiana;
- Literacia interativa/comunicativa: capacidades cognitivas mais avançadas que, junto com as capacidades sociais, podem ser usadas para comunicar nas atividades do dia-a-dia, para captar informação e conceitos a partir de várias formas de comunicação e utilizar essa nova informação;
- Literacia crítica: capacidades cognitivas mais avançadas que, junto com as capacidades sociais, podem ser usadas para analisar criticamente a informação e usar esta informação para exercer maior controlo sobre as situações da vida.

Analisando estas três dimensões da Literacia, depreende-se que os doentes vão passando de um desempenho passivo na Literacia Funcional, para um desempenho ativo na Literacia Interativa e por fim para um desempenho proactivo na Literacia Crítica.

A baixa LS tem um efeito que se traduz no quotidiano das pessoas, afetando a sua autoestima e que se relaciona com pior saúde, traduzindo-se nas seguintes consequências ⁷⁰:

- Capacidade diminuída para tomar decisões de saúde adequadas e comunicar com profissionais de saúde;
- Pouca adesão à terapêutica e erros na toma da medicação;
- Taxas mais elevadas de hospitalização e de reinternamentos;
- Maior utilização dos serviços de urgência;
- Taxas mais elevadas de morbilidade e de morte prematura;
- Adoção de comportamentos de risco para a saúde;
- Agravamento do estado de saúde;
- Má gestão de doenças crónicas (como a diabetes, asma, obesidade, ...);
- Menor participação em ações de prevenção da doença e promoção da saúde.

Todas estas consequências indesejáveis implicam um custo social: aumento das taxas da mortalidade, efeitos adversos devido à medicação inadequada; e um custo económico significativo: aumento de custos devido a hospitalizações, uso inadequado de recursos e utilização de doses de medicamentos infra terapêuticas ⁷¹.

Verifica-se assim, que a baixa LS constitui um fator de risco alterável da saúde pública, sendo considerada um importante determinante de saúde ⁷², pelo que é importante promover a LS, para potenciar uma participação ativa e informada dos doentes nos Sistemas de Saúde.

As estratégias de promoção da LS devem centrar-se em, aumentar e melhorar ⁷³:

- A capacidade de comunicação dos profissionais de saúde;
- O enquadramento e conhecimento de questões complexas pelos media e profissionais de saúde;
- A clareza e exatidão das informações de saúde transmitidas aos doentes, tanto pelos profissionais de forma individual, como a nível do sistema.
- Os níveis dos cuidados de saúde que promovam junto dos doentes comportamentos saudáveis;
- As estratégias e modelos comunitários, educacionais e do local de trabalho que facilitem e apoiem o acesso a informação de saúde.

2.2.2 –PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

No decorrer das duas últimas décadas tem-se vindo a promover gradualmente a participação dos doentes em atividades de programas de melhoria da segurança dos cuidados de saúde, demonstrando a necessidade de envolver todos os atores ligados aos cuidados de saúde, de modo a contribuir para a melhoria da segurança do paciente ^{74,75}.

Promover a participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde, implica a integração destes na tomada de decisão, de forma consciente e informada, sobre ações que podem afetar essa segurança. Desta forma os doentes podem participar na melhoria da segurança dos cuidados através de uma vasta gama de ações, que vão desde ações solicitadas pelo sistema/serviço ao paciente, até à participação ativa e mobilização dos doentes para a promoção e melhoria da segurança dos cuidados de saúde ¹⁶.

Na literatura estão descritas uma panóplia de atividades e/ou intervenções que permitem a participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde ⁷⁶, que podem ser de iniciativa dos próprios doentes ou do sistema/serviço, que apresentam características e metodologias próprias, bem como objetivos distintos para a sua aplicação, e que devem ser usadas de forma adequada ao contexto da instituição ou serviço de saúde onde se pretende aplicá-la ⁷⁷. Ainda assim, é escassa a bibliografia que agregue, explicita e exemplifique estas diferentes formas de promoção da participação dos doentes na segurança dos cuidados.

As formas de promoção da participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde, podem dividir-se em três tipos, que têm metodologias e estratégias concretas de implementação, bem como objetivos distintos (tabela 2): Mobilização dos doentes para a segurança dos cuidados; Promoção da participação ativa dos doentes na prevenção de incidentes; Solicitação e utilização de informação relevante que os doentes podem fornecer ^{77,78}.

Tabela 2 – Formas de participação dos doentes na melhoria contínua da segurança dos cuidados de saúde

Formas de participação	Exemplos de metodologias
Mobilização dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Ação “<i>Patients for patient safety</i>” da Aliança Mundial (OMS); - Inclusão dos pacientes nos sistemas de notificação de incidentes;

Promover a participação ativa do doente na prevenção de incidentes de segurança	<ul style="list-style-type: none"> - Guias para a participação ativa dos utentes no processo assistencial; - Folhetos e manuais que fomentem a vigilância ativa dos utentes para prevenir incidentes frequentes;
Solicitar informação sobre segurança dos cuidados de saúde aos doentes e utilizá-la	<ul style="list-style-type: none"> - Questionários ao utente; - Incluir informação do paciente em análises de causas-raiz;

Tabela elaborada com base na Tabela 1 de P.J.; **Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica**; *Rev Calidad Asist.* 2009; 24(3):124 – 130.⁷⁷

2.2.2.1 – Solicitação de informação sobre a segurança dos cuidados de saúde aos doentes

Uma das formas de incluir e promover a participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde é utilizando ferramentas através das quais os serviços/sistemas de saúde solicitem aos doentes: informação necessária para identificar problemas de segurança do doente ou áreas prioritárias para a intervenção num programa de melhoria da segurança dos cuidados de saúde; a perceção que os doentes têm da segurança dos cuidados de saúde prestados nesse serviço; ou para identificar outras formas de promoção e capacitação dos doentes para participarem ativamente na melhoria da segurança dos cuidados de saúde.

Existem diversas metodologias, que são de iniciativa do sistema/serviços, para solicitar aos doentes a informação que o sistema/serviço pretende sobre a segurança dos cuidados de saúde⁷⁷, entre as quais se podem identificar métodos de investigação quantitativos, como os questionários, ou métodos de investigação qualitativos, como os grupos focais e entrevistas.

Questionários

Tendo em conta o objetivo do estudo e o tipo de avaliação que se pretende realizar, podem utilizar-se diferentes tipos de questionários. Assim, podem utilizar-se: questionários de opinião, onde se pretende a valoração por parte dos doentes, segundo a sua perceção do serviço que lhe foi prestado; ou questionários mais tipo “relatório”, onde se procura que os doentes facultem informação sobre se ocorreram ou não, determinados aspetos concretos⁷⁹. Este tipo de metodologia pode também ser utilizado, para avaliar a utilização de outras formas de participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde.

À utilização de questionários como metodologia de participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde, estão associados os problemas de utilização que se encontram já relativamente bem estudados, e que estão relacionados com este método de investigação quantitativo⁷⁷. Frequentemente estas ferramentas proporcionam informação muito genérica, com pouca utilidade para o sistema. Contudo na maioria das ocasiões o principal problema reside na infra-utilização dos dados que os doentes facultam através delas⁸⁰, sendo que a utilização efetiva da informação que estas ferramentas fornecem ao sistema/organização constitui uma das principais dificuldades a elas associadas. Este facto pode dever-se a barreiras profissionais, organizacionais e/ou de tratamento dos dados, que têm sido identificados em alguns estudos^{80,81}.

Neste contexto, a utilização de questionários como método de participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde tem sido um tema sobre o qual, nos últimos anos (principalmente última década), tem brotado alguma investigação, com a elaboração, validação e aplicação de ferramentas (questionários), tanto a nível hospitalar como a nível dos cuidados de saúde primários. A tabela 4 apresenta estudos encontrados na bibliografia, nos quais se desenvolvem, validam ou aplicam questionário para participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde.

Tabela 3 - Estudos em que desenvolvem, validam ou aplicam questionários para participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde;

Autor(es), ano, País	Objetivo	Ferramentas	Aplicação
Hernan A., <i>et al.</i> (2016), AUS. ⁸²	Desenvolver uma ferramenta (questionário) que permita medir desde o ponto de vista do utente a segurança do doente, e que pode ser usada como base de uma gestão proativa da melhoria da segurança do doente.	Questionário	Serviços de saúde primários
Cabello I., <i>et al.</i> (2016), UK. ⁸³	Desenvolver uma ferramenta que permita medir as experiências de segurança dos pacientes em serviços de saúde primários, bem como avaliar os resultados e testar as suas propriedades psicométricas.	Questionário	Serviços de saúde primários
Dixon <i>et al.</i> (2015), USA. ⁸⁴	Determinar a perceção que os pacientes têm da segurança cirúrgica, com ênfase na interação com a equipa de cirurgia nas diferentes fases da intervenção	Questionário; Grupos focais;	Hospitalar

Sheard <i>et al.</i> (2014), UK. ⁷⁴	Avaliar a eficácia da intervenção PRASE, que é constituída por duas ferramentas: (1) questionário que permite identificar as preocupações e problemas de segurança encontrados pelos pacientes; e (2) uma plataforma de notificação, por parte dos pacientes (a) de algum acidente específico de segurança em que o paciente se tenha visto envolvido ou tenha presenciado, e (b) qualquer experiência positiva.	Questionário; Sistema de notificação de incidentes;	Hospitalar
Giles, <i>et al.</i> (2013), UK. ⁸⁵	Desenvolver uma ferramenta (questionário) para explorar se os pacientes são capazes de identificar fatores que possam contribuir para incidentes de segurança do doente.	Questionário	Hospitalar
Ward <i>et al.</i> (2011), UK. ⁸⁶	Desenvolver e testar duas ferramentas, um questionário <i>Patient measure of organisational safety (PMOS)</i> , e um sistema de notificação de incidentes <i>Patient incident reporting tool</i> , que podem ser usadas em conjunto ou separadamente para clarificar as considerações dos pacientes sobre a segurança do doente em serviços de saúde, e permitir às organizações de saúde a melhoria, usando esta importante perspetiva da segurança dos doentes.	Questionário; Sistema de notificação de incidentes;	Hospitalar
Kistler C, <i>et al.</i> (2010), USA. ⁸⁷	Obter informação, através de um questionário, sobre a perceção de erros de segurança em serviços ambulatoriais de adultos. Os fatores associados aos erros percebidos, e se os questionados trocaram de prestador com base nos erros percebidos.	Questionário	Serviços ambulatoriais/serviços de saúde primários
Ministerio da Sanidad (2009), ESP. ⁸⁸	Adaptar e validar para espanhol, ou na impossibilidade, desenhar um questionário para medir perceção dos pacientes sobre a segurança do doente em serviços de saúde.	Questionário	Hospitalar
Solberg L, <i>et al.</i> (2008), USA. ⁸⁹	Verificar a partir da aplicação de um questionário, se os erros médicos percebidos pelos utentes poderiam produzir informação suficientemente precisa, para se poder utilizar como uma forma de medir a segurança do doente.	Questionário	Hospitalar e serviços de saúde primária

Métodos de investigação qualitativa

A utilização de métodos de investigação qualitativa para participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde, parece não estar tão desenvolvida, como a utilização de métodos quantitativos nomeadamente os questionários ⁷⁷.

Os resultados obtidos neste tipo de estudos são exploratórios e pela sua natureza qualitativa não são generalizáveis. No entanto, a metodologia qualitativa permite explorar, descrever e compreender as perspetivas, vivências e expectativas dos doentes sobre a segurança dos cuidados de saúde ⁹⁰.

Entre os métodos de investigação qualitativa passíveis de ser utilizados para solicitar aos doentes o envolvimento na segurança dos cuidados de saúde, podem referir-se como os mais usados e aplicáveis, as entrevistas e os grupos focais.

Grupos focais

A técnica de grupos focais utiliza-se para explorar as opiniões, conhecimentos, perceções e preocupações que as pessoas têm, em relação a temáticas específicas. Um grupo focal envolve normalmente seis a dez participantes, sendo que a discussão é dirigida por um moderador que guia os participantes através de uma série de perguntas abertas. A informação recolhida pode proporcionar indicações importantes sobre as atitudes e os valores humanos que se relacionam com a temática ⁹¹.

Na bibliografia, utiliza-se a técnica de grupos focais como estratégia de envolvimento dos doentes na segurança dos cuidados de saúde, principalmente com dois objetivos: para obter a percepção e experiência dos doentes sobre a segurança dos cuidados ^{84,92,93}; e para identificar fatores de motivação para os doentes participarem ativamente na segurança dos cuidados ⁹⁰.

Os grupos focais, são provavelmente a melhor maneira de averiguar os assuntos a incluir num questionário de qualidade percebida ⁷⁷, daí que os estudos utilizem os grupos focais para a percepção de temas, que os doentes entendam afetar a segurança dos cuidados de saúde, para os incluir posteriormente num questionário ⁹³. Também podem ser utilizados como complemento de um questionário, para fornecer dados qualitativos sobre a temática ⁸⁴.

Entrevistas

As entrevistas constituem uma poderosa e flexível ferramenta que permite explorar as experiências e motivações dos participantes ⁹⁴. É um método adequado para a exploração de temas sobre os quais se requerem conhecimentos detalhados e de forma individual por participante, sendo muito útil quando os participantes não podem, ou não querem falar num ambiente de grupo ^{94,95}.

Existem três tipos fundamentais de entrevistas: estruturadas, semi-estruturadas e em profundidade. As entrevistas estruturadas consistem em administrar questionários estruturados e os entrevistadores estão treinados para fazer questões em moldes estandardizados. As entrevistas semi-estruturadas são levadas a cabo, baseadas numa estrutura solta composta por questões abertas, que definem a área a ser explorada, pelo menos, e da qual o entrevistador pode divergir, para prosseguir uma ideia com mais detalhe. As entrevistas em profundidade são pouco estruturadas e podem cobrir apenas um tema, mas com muito mais detalhe ¹⁰⁹.

As entrevistas podem ser utilizadas com diferentes objetivos, tais como: Identificação de fatores que podem provocar um incidente de segurança; Identificar formas de incorporação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde; Averiguar vantagens da incorporação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde; e Definição do conceito de segurança para o paciente ^{90,96,97,85,98}.

Como as entrevistas permitem obter conhecimento detalhado sobre determinadas temáticas, podem ser utilizadas para a percepção de temas que pacientes entendam afetar a segurança do paciente para os incluir posteriormente num questionário ⁷⁷.

2.2.2.2 – Promoção da participação ativa dos doentes na segurança dos cuidados de saúde

Recentemente a participação ativa do doente tem sido incorporada nas políticas de saúde, como um elemento importante para conseguir resultados na qualidade assistencial ⁹⁸.

A participação ativa dos doentes no processo assistencial tem adquirido uma grande extensão em questões especificamente relacionadas com a segurança dos cuidados de saúde ³⁹. Existe uma série de metodologias que visam fomentar a participação ativa dos doentes na melhoria da segurança dos cuidados de saúde.

O principal intuito das metodologias que visam a promoção da participação ativa dos doentes na segurança dos cuidados de saúde é capacitar os doentes sobre temáticas específicas da segurança dos cuidados de saúde e sobre formas como podem participar ativamente nas mesmas ⁷⁷, aumentando a literacia dos doentes sobre estes temas, promovendo assim o seu empoderamento.

São exemplos deste tipo de metodologias:

- Guias e recomendações para a participação ativa dos doentes na prevenção de incidentes de segurança dos cuidados de saúde ⁷⁷, de que são exemplo o conjunto de guias que se encontra na página da internet da *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, onde podemos destacar a título ilustrativo “*20 tips to help prevent medical errors*” ⁹⁹, ou as guias que se encontram no sitio da internet do “*National Patient Safety Agency*” do NHS, onde se podem encontrar guias tais como “*Medicine – taking them safety*”.

- Folhetos/Cartões e/ou pequenos manuais⁷⁷, que podem ser distribuídos pelos doentes em diversas situações e onde pode constar informação sobre a promoção da segurança dos cuidados de saúde em aspetos concretos da prestação dos cuidados, ou sobre problemas de segurança em que os doentes se podem ver expostos. Um exemplo deste tipo de iniciativas é o “*Consumer Guide to Adverse Health Events*” distribuído pelo departamento de saúde do Estado de Minnesota dos EUA.

Os folhetos/cartões além de informação para o doente, também podem conter um espaço onde os doentes possam apontar dúvidas que pretendam colocar aos profissionais, ou situações que consideram passíveis de ser melhoradas. Um exemplo deste tipo de estratégias é o cartão “*Tell us*” utilizado no estudo de *Jangland et al. (2012)* ¹⁰⁰.

- Cartazes informativos, com informação sucinta para os doentes, que os motive a participar ativamente na prevenção de incidentes de segurança dos cuidados de saúde. Sendo um exemplo deste tipo de estratégias o cartaz “*5 Questions to Ask About your Medications*” do *Canadian Patient Safety Institute* ¹⁰¹.
- Vídeos, que podem ser reproduzidos em salas de espera ou enfermarias e que podem ter informação acerca de procedimentos que se pretende que os doentes

apreendam, para evitar problemas de segurança, ou exemplos de incidentes de segurança que podem ocorrer numa unidade de saúde, para que os doentes os possam identificar. Um exemplo deste tipo de estratégias é o vídeo “*Questions are the Answer*” da *Agency for Healthcare Research and Quality* dos EUA, que foi elaborado para ser reproduzido em salas de espera de Unidades de Saúde (US)¹⁰².

- As páginas de internet das instituições de saúde, bem como de agência nacionais ou internacionais ligadas à problemática e reconhecidas pelos doentes, também podem ser utilizadas para a promoção de informação para capacitar os doentes sobre temáticas específicas da segurança dos cuidados de saúde e sobre formas de terem uma participação ativa nas mesmas. Nestes sítios da internet, pode optar-se por transmitir a informação de variadas formas, quer seja através de texto, vídeos, imagens, jogos, ou utilizando uma mistura destas formas. Um exemplo deste sítios da internet será a página do *Canadian Patient Safety Institute*¹⁰³, onde os doente podem obter informação sobre várias temáticas relacionadas com a segurança dos cuidados de saúde.

Na promoção digital da informação para os doentes, podem ainda referir-se as redes sociais das instituições de saúde, bem como de agência nacionais ou internacionais ligadas à problemática e reconhecidas pelos doentes, onde pode ser promovida a informação que consta nos sítios da internet dessas instituições.

- Aplicações para *smartphone*, *tablets* ou outros equipamentos, apresentam-se como uma excelente oportunidade para aumentar o nível de literacia em saúde dos doentes^{58,104}, e também sobre temas relacionados com a segurança dos cuidados de saúde. Um exemplo deste tipo de aplicações é por exemplo a “*Kiss myAthma*”¹⁰⁵.

2.2.2.3 – Mobilização dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde

Esta forma de participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde visa desenvolver nos doentes a necessidade de partilha de problemas de segurança que possam ter sofrido ou presenciado, para evitar que esses problemas se repitam⁷⁷.

São exemplos de metodologias de mobilização dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde:

- A identificação/formação de líderes/associações/organizações de doentes como agentes de primeira ordem para a sensibilização sobre problemas de segurança dos cuidados de saúde, na população e nos profissionais de saúde, bem como para impulsionarem a participação ativa de outros doentes.

O desafio “*Patients for patient safety*” da Aliança Mundial para a Segurança do doente, constituída pela WHO visa precisamente a mobilização dos doentes como agentes de primeira ordem para a sensibilização de outros doentes para problemas relacionados com a segurança dos cuidados de saúde, e também como impulsionadores da sua participação ativa. Sendo o principal objetivo desta área atuação, identificar líderes e organizações de doentes que, tendo por base a sua própria experiência ou conhecimento sobre o tema, podem mobilizar outros doentes e as instituições de saúde, para que um tipo de incidente de segurança que tenha ocorrido a um doente, não volte a ocorrer ^{77,78}.

Vários são os exemplos da transposição e implementação deste desafio para o contexto de um sistema de saúde, como são o caso “*Patient for patient Canada*”¹⁰³ do Canadian *Patient Safety Institute* ou a “*Red de ciudadana de formadores en seguridad del paciente*” ¹⁰⁶ da *Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud* em Espanha.

A experiência, vem demonstrando que envolver as comunidades locais na sensibilização para a segurança dos cuidados de saúde, trabalhando em conjunto com as instituições de saúde, favorece a relação entre doentes e instituições, proporciona uma comunicação mais aberta e aumenta também os esforços técnicos para melhorar a segurança dos cuidados de saúde ¹⁰⁷.

- Os sistemas de notificação de incidentes de segurança, que incluem os doentes como possíveis notificadores, são outro exemplo metodologia de mobilização dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde ⁷⁷.

Alguns autores afirmam que os doentes estão numa posição única para contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos seus próprios cuidados de saúde, tendo demonstrado a fiabilidade e valor das suas notificações ^{86,108}.

Na realidade, não há nenhum argumento para defender que não se incluam os doentes nos sistemas de notificação de incidentes, contudo ainda não é uma prática

habitual. Com a sua inclusão, a experiência dos doentes poderia servir como aprendizagem para o sistema/serviço, tal como acontece com a experiência dos profissionais de saúde que notificam.

Como exemplos de sistemas de notificação que incluam doentes, pode destacar-se o *National Learning and Reporting System* da *National patient Safety Agency* do Reino Unido ¹⁰⁹, ou o sistema de notificação de erros de medicação do *Institute for Safe Medical Practices* ¹¹⁰.

2.2.3 – PARTICIPAÇÃO DO DOENTE NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

2.2.3.1 – Segurança do doente em Portugal

Em Portugal, a última década e meia tem sido muito profícua na implementação de políticas e estratégias para a segurança do doente. Como marcos mais notórios pode referir-se:

- A criação do Departamento de Qualidade na Saúde integrado na DGS, em fevereiro de 2009 (Portaria nº155/2009 de 10 de fevereiro), competindo-lhe, entre outras, a função de criar e coordenar atividades e programas de promoção da segurança do doente, incluindo-se aqui a sua responsabilidade pelo desenvolvimento do atual Programa Nacional de Acreditação das instituições do Serviço Nacional de Saúde, que se trata de um processo formal de assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e de elevado nível de qualidade ¹¹¹.
- A implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde surge também em 2009 com o Despacho nº 14223/2009 de 24 de Junho, sendo esta estratégia posteriormente garantida e reforçada pela Estratégia Nacional de Qualidade em Saúde 2015-2020, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, sendo que esta estratégia define as seguintes prioridades:
 1. Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
 2. Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
 3. Reforço da Segurança dos doentes;
 4. Monitorização permanente da qualidade e segurança;
 5. Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;

6. Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação;

- A criação do Plano Nacional para a Segurança do doente, sendo o atual 2015-2020 aprovado pelo Despacho nº1400-A/2015 de 10 de fevereiro. Este plano integra a Estratégia Nacional para a Segurança na Saúde e é coordenado pelo departamento de Qualidade na Saúde da DGS, apresentando os seguintes objetivos estratégicos ¹¹²:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de infeções.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

- Criação de um Sistema Nacional de notificação de incidentes pela DGS em 2012, sendo posteriormente requalificado em 2014 através de melhorias na sua estrutura e na organização de conteúdos, passando a designar-se por “notific@”. Esta plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar três tipos diferentes de incidentes ¹¹³:

- Relacionado com a prestação de cuidados de saúde;
- Relacionado com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho;
- Relacionado com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes.

- Avaliação da cultura de segurança interna nas instituições de saúde em Portugal, que faz parte dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a segurança do doente. Esta avaliação começou a ser feita em 2014 em todos os Hospitais Portugueses, passando depois a ser feita em anos intercalares nos cuidados de saúde primário e nos cuidados hospitalares, dando cumprimento respetivamente à Norma 033/2015 da DGS e à Norma 005/2018 da DGS.

2.2.3.2 – Participação do doente na segurança dos cuidados de saúde

No que concerne à investigação, sobre participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde, não se encontrou nenhum trabalho de investigação que tenha sido desenvolvido e/ou aplicado em Portugal, apenas alguns trabalhos de revisão bibliográfica e capítulos de livros que abordavam esta temática, como (Mendes, 2014) ¹¹⁴, (Santos, 2014) ¹¹⁵.

Em Portugal a Lei de Bases da Saúde preconiza, na Base II, que a política de Saúde deve obedecer à participação dos indivíduos e da comunidade organizada no controlo do funcionamento dos serviços ¹¹⁶.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 pretende, entre outros objetivos, aumentar a responsabilização pela qualidade dos cuidados em todos os patamares do sistema de saúde e aumentar o envolvimento dos profissionais, das lideranças e dos próprios doentes e dos seus cuidadores informais na garantia de uma maior qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde ¹¹⁷.

O Plano Nacional para a Segurança do doente 2015-2020, que visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha de conhecimentos e de informação, e ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados clínicos, em todos os níveis de cuidados. Este plano embora não tenha nenhum objetivo que vise diretamente a promoção da participação dos doentes na segurança dos cuidados, em vários objetivos promove essa participação de forma implícita, como é o caso do objetivo 3 “Aumentar a segurança da comunicação” ou do objetivo 8 “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes”¹¹².

Recentemente, a 17 de julho de 2017, foi publicado em Diário da Republica o Despacho nº 6430/2017, que implementa, durante um período experimental de 2 anos o projeto – piloto «Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde» com os seguintes objetivos:

- a) Aumentar a participação dos doentes, dos seus familiares e/ou cuidadores na melhoria da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde;
- b) Aumentar a literacia dos doentes na área da segurança da prestação de cuidados de saúde;

- c) Melhorar a cultura de segurança dos ambientes internos dos serviços prestadores de cuidados de saúde.¹¹⁸

Também em Portugal já estão implementadas alguns exemplos de estratégias para a participação do doente na segurança dos cuidados de saúde, nomeadamente:

- Formas de mobilização dos doentes para a sua segurança, como o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – notific@, que tal como foi referido anteriormente, permite a notificação de incidentes tanto pelos profissionais de saúde, como pelos doentes.
- Formas de solicitação da participação ativa do doente na segurança dos cuidados, de que são exemplo diversas campanhas da DGS, como a campanha para a promoção da Higienização das mãos ou a campanha do uso racional de antibióticos pelos doentes.

III – JUSTIFICAÇÃO

Apesar do potencial impacto sobre a saúde da população, ainda persistem muitas lacunas na compreensão da problemática da segurança dos cuidados de saúde, principalmente no que concerne a mecanismos de identificação de oportunidades de melhoria em áreas que podem colocar em causa a segurança dos cuidados de saúde ¹¹⁹.

Na atualidade, os mecanismos de identificação de oportunidades de melhoria na segurança dos cuidados de saúde, dependem quase exclusivamente dos profissionais de saúde (ex: questionários da cultura de segurança, sistemas de notificação de incidentes, etc.) ¹²⁰. No entanto, um crescente corpo de evidências sugere que os doentes são sensíveis e capazes de reconhecer uma série de oportunidades de melhoria na prestação de cuidados de saúde que não são identificados pelos sistemas tradicionais de monitorização ^{83,121}.

Tendo em conta as formas de participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde que estão descritas e relatadas na literatura, e considerando as que estão a ser utilizadas atualmente nas Unidades de Saúde em Portugal (descritas no enquadramento teórico), constata-se que atualmente não está a ser utilizada a nível nacional, nem sequer existe em Português, qualquer forma/metodologia de solicitação de informação aos doentes sobre a segurança dos cuidados de saúde.

A utilização desta forma de participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde, nomeadamente através de um questionário que permita avaliar a participação do doente na segurança dos cuidados de saúde, permitiria perceber a visão destes sobre a segurança dos cuidados de saúde em áreas consideradas prioritárias pelo sistema e/ou serviço, complementando assim a visão dos profissionais sobre essas temáticas. Um questionário deste tipo poderia contribuir para o desenho de políticas nacionais ou regionais e ainda identificar áreas prioritárias e/ou problemas de segurança, permitindo aplicar ações de um programa de melhoria da segurança dos cuidados de saúde.

No seio deste trabalho optou-se por desenvolver um método, que através do envolvimento ativo dos doentes, tornou possível a construção do questionário de Participação dos Doentes na Segurança dos Cuidados de Saúde - ParticipaS.

Com este questionário pretendeu-se promover a participação dos doentes na definição e priorização de áreas prioritárias para aplicação de um programa de melhoria da segurança dos cuidados de saúde, dando assim a visão do doente sobre a segurança dos cuidados de

saúde em áreas consideradas prioritárias pelo sistema e/ou serviço, complementando a visão dos profissionais sobre essas temáticas.

Neste contexto, considerou-se importante que este questionário fosse construído com o intuito de aportar informação às Unidades de Saúde sobre áreas definidas pela tutela como prioritárias para a segurança do doente. Assim, na sequência dos objetivos estratégicos traçados no Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, este questionário permitiu incorporar a visão do doente na priorização de áreas prioritárias de intervenção, bem como de problemas existentes¹¹², nas políticas e estratégias nacionais e regionais.

Este desígnio foi complementado com a publicação do Despacho nº6430/2017 de 25 de julho, que tem como um dos objetivos estratégicos aumentar a participação do doente na segurança dos cuidados de saúde, definindo como áreas prioritárias, seis áreas que se enquadram em sete dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para Segurança do doente 2015-2020 ¹¹⁸. Neste sentido, considerou-se que os itens integrantes no questionário deveriam aportar informação sobre as sete temáticas específicas, nomeadamente: Segurança na utilização de medicação; Higienização das mãos e prevenção de infeções; Prevenção de quedas; Prevenção de úlceras de pressão; Segurança Cirúrgica; Comunicação com o doente e identificação inequívoca; Identificação de incidentes.

A inclusão de itens sobre estas sete temáticas permitiu que o questionário contivesse informação dos doentes sobre a maioria das áreas prioritárias que integram os objetivos do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020. Ou seja, permitiu que os doentes participassem ativamente na identificação de problemas de segurança e de áreas prioritárias para intervenção na Unidade de Saúde que frequentam.

IV – OBJETIVOS

Esta investigação levou à geração das seguintes questões de investigação:

4.1 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A elaboração deste trabalho tem como premissa dar resposta às seguintes questões:

1. Como avaliam os doentes a segurança dos cuidados de saúde da Unidade de Saúde que frequentam?
2. Quais as oportunidades de melhoria e/ou áreas prioritárias para intervenção na segurança dos cuidados de saúde identificadas pelos doentes?
3. Os doentes que dizem ter sofrido incidentes de segurança, identificam mais frequentemente oportunidades de melhoria e/ou áreas prioritárias para intervenção na segurança dos cuidados de saúde?
4. Quais as características sociodemográficas dos doentes que frequentam as oito unidades de Saúde do estudo?
5. As oportunidades de melhoria e/ou áreas prioritárias para intervenção na segurança dos cuidados de saúde, variam de acordo com as características sociodemográficas dos doentes como a idade, o nível de escolaridade, ser portador de doença crónica?

Assim constituem objetivos deste trabalho:

4.2 – OBJETIVO PRINCIPAL

Construir e validar um instrumento que possibilite a participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde – questionário ParticipaS – nomeadamente identificando problemas e/ou áreas prioritárias de intervenção na segurança dos cuidados de saúde.

4.3 – OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Descrever as características sociodemográficas dos doentes incluídos no estudo.
- Descrever o nível de segurança dos cuidados de saúde, na perspetiva do doente, das unidades de saúde do estudo.
- Identificar as oportunidades de melhoria e/ou áreas prioritárias de intervenção na segurança dos cuidados de saúde, considerando a perspetiva dos doentes.

- Verificar se os doentes que consideram ter sofrido incidentes de segurança dos cuidados de saúde apresentam com mais frequência oportunidades de melhoria e/ou áreas prioritárias de intervenção na segurança dos cuidados de saúde.
- Identificar possíveis diferenças entre os doentes na identificação de oportunidades de melhoria e/ou áreas prioritárias de intervenção na segurança dos cuidados de saúde, tendo em conta a idade, nível de escolaridade e serem ou não portadores de doença crónica.

V – METODOLOGIA

5.1 – DESENHO DO ESTUDO

Este estudo é uma investigação aplicada com características exploratório-descritivas que devido à natureza do seu desenvolvimento utiliza tanto métodos qualitativos como quantitativos ¹²².

A metodologia quantitativa estuda a associação ou relação entre variáveis quantificadas e a qualitativa é utilizada em contextos estruturais e situacionais ¹²³, para identificar a natureza profunda das realidades, o seu sistema de relações e a sua estrutura dinâmica ^{124,125}.

Para alcançar os objetivos propostos, dividiu-se este estudo em cinco etapas, que se encontram esquematizadas na Figura 5, aplicando metodologias distintas de acordo com o objetivo proposto.

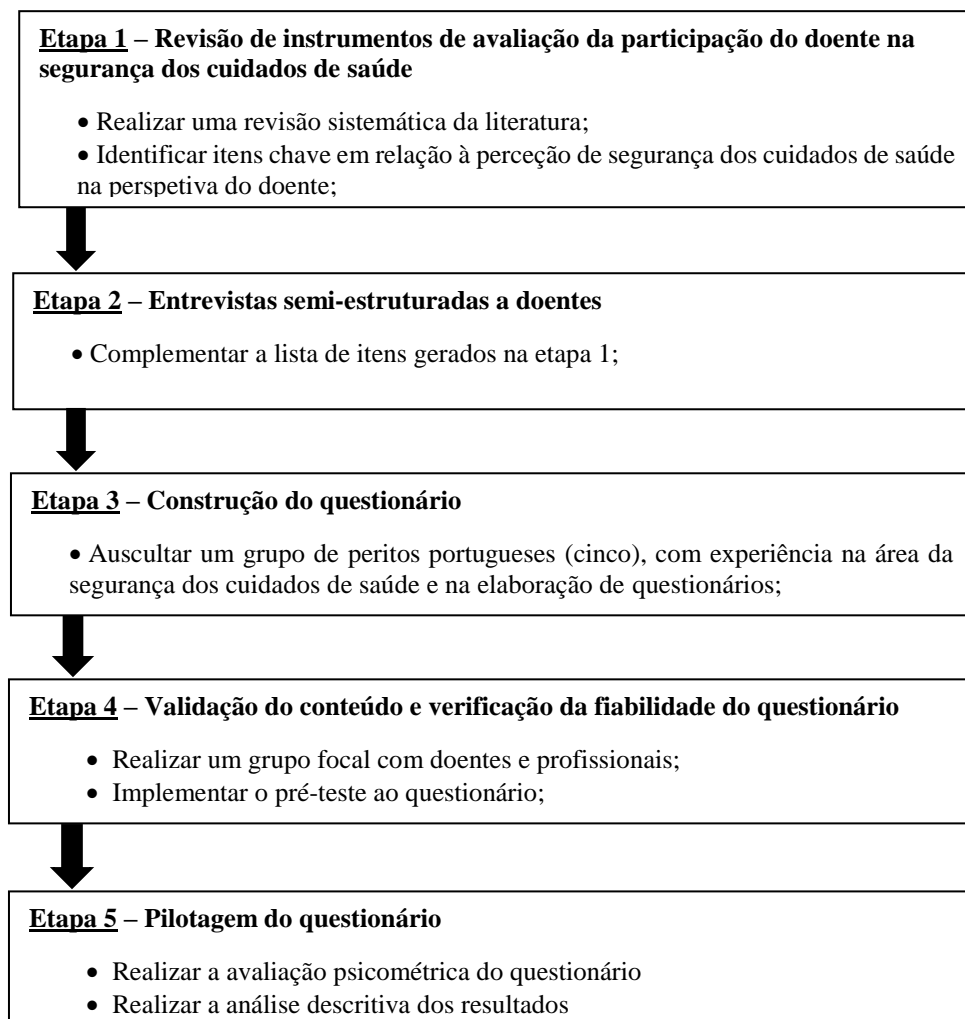


Figura 5 - Esquematização do desenho do estudo

ETAPA 1 – REVISÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO DOENTE NA SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A – Revisão sistemática da literatura

Durante esta etapa, executou-se uma revisão sistemática da literatura, que constitui *um tipo de investigação que partindo de numa questão bem definida, visa identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis* ¹²⁶.

Neste sentido, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura, com o intuito de executar um levantamento de todas as formas utilizadas e descritas na literatura para solicitar e promover a participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde. Esta revisão deu origem a um artigo a ser publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, com o título: *Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática* (anexo1).

B – Identificação de itens a partir da literatura

A partir dos estudos identificados na revisão sistemática da literatura procedeu-se a uma análise temática dos mesmos. A análise temática é um método apropriado para resumir e organizar os resultados de um conjunto de estudos que engloba estudos quantitativos e qualitativos ¹²⁷. O objetivo desta análise temática foi a identificação de itens que se enquadrassem nas temáticas pré-estabelecidas (*vide* na justificação) para o questionário.

Esta abordagem interpretativa que levou à identificação de itens envolveu a leitura e releitura dos estudos por dois revisores e sempre que foi necessário algum esclarecimento, foram contactados os autores dos diferentes estudos analisados.

ETAPA 2 - ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS A DOENTES

Sendo as entrevistas uma metodologia qualitativa, que permitem de uma forma poderosa e flexível explorar as motivações e experiências dos doentes ⁹⁴, foram utilizadas com o intuito de complementar a lista de itens gerada na Etapa 1 e obter a perceção que os doentes têm da segurança dos cuidados de saúde, os problemas que mais facilmente identificam e o vocabulário que utilizam para os descrever.

A utilização deste tipo de metodologia qualitativa, em detrimento de outra que poderia também ser adequada com este intuito, nomeadamente a técnica de grupos focais, deveu-

se ao facto de se questionar os participantes sobre situações pessoais, que possam ter ocorrido, o que se entendeu que poderia levar a constrangimentos nos relatos destas situações^{94,95}.

Optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas que são levadas a cabo, baseadas numa estrutura solta, composta por questões abertas, que definem a área a ser explorada⁹⁴. Para tal procedeu-se à elaboração de um guião com perguntas abertas, que servisse de fio condutor ao entrevistador.

A – Elaboração do guião para as entrevistas semi-estruturadas

Este guião foi elaborado com base na revisão da literatura realizada previamente, tendo em conta o intuito das entrevistas. Assim se chegou a um guião inicial, no entanto, para que o mesmo fosse adequado para aplicação aos doentes, procedeu-se à utilização de uma adaptação da técnica de *Delphi*, que consiste na consulta de um grupo de especialistas, através de um questionário, que é repassado continuadas vezes até que seja obtido um consenso¹²⁸.

Neste sentido, convidaram-se catorze presidentes de associações de doentes a ler o guião, e de forma anónima, assinalarem alterações que julgassem importantes, para que o guião fosse perceptível para o maior número de pessoas. Dos catorze presidentes contactados, seis aceitaram participar de forma voluntária.

B - Realização das entrevistas semi-estruturadas

Estas entrevistas foram executadas a doentes da ARS Algarve I.P., sendo que todas as entrevistas foram realizadas pelo mesmo investigador e realizaram-se nos Centros de Saúde de Faro, Olhão e Fuseta.

O critério de seleção dos doentes para esta entrevista foi ter idade superior a 18 anos. O entrevistador foi convidando os doentes a participar de forma não probabilística, por conveniência (ou seja, que recorreram aos Centros de Saúde no horário da manhã, nos dias antecipadamente marcados para decorrerem as entrevistas).

Foram executadas 16 entrevistas, sendo que foram realizadas até o investigador considerar que não estava a ser acrescentada informação relevante¹²⁹, estando previsto que vinte seria o número máximo de entrevistas a realizar.

C – Transcrição e análise das entrevistas e geração dos itens

As entrevistas foram gravadas (com autorização expressa de todos os participantes) para posterior transcrição e análise do conteúdo.

Para auxílio na análise do conteúdo utilizou-se o programa *dedoose* 8.0.42.

As transcrições das entrevistas semi-estruturadas foram usadas para desenvolver itens individuais para cada domínio. Assim, a transcrição das entrevistas foi analisada e interpretada o que gerou um total de 25 itens.

ETAPA 3 – CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Após a geração de itens a partir da revisão da literatura e das entrevistas semi-estruturadas, estes foram aglomerados numa tabela e distribuídos por áreas. Os itens foram adaptados para se encontrarem na primeira pessoa do singular do presente do indicativo ou pretérito perfeito do indicativo, consoante o item fosse para se referir a fatos que se passaram com o doente, (por exemplo numa situação de internamento), ou a uma situação que o doente ainda possa experienciar (por exemplo as consultas com o médico ou enfermeiro de família).

Foi também verificada se havia itens duplicados ou que pudessem ter uma interpretação semelhante, selecionando apenas um desses itens.

A tabela 4, apresenta o conjunto de todos os itens (73) gerados a partir da revisão da literatura e das entrevistas semi-estruturadas, e respetivas áreas.

Tabela 4 - Conjunto de itens selecionados nas duas etapas anteriores

Segurança na utilização de medicação
<ul style="list-style-type: none"> • Deram-me medicação equivocada durante a minha hospitalização. • A medicação que me era prescrita estava sempre disponível. • Um médico mudou a minha medicação e os outros profissionais não sabiam; • Foram-me indicados os efeitos adversos que poderiam advir da medicação. • Sei exatamente toda a medicação que estou a tomar. • Sempre que me receitam um novo medicamento, explicam-me para que serve, como deve ser tomado e a que horas. • Foi-me dito o que era e para que servia, acerca de toda a medicação que me foi dada enquanto estava internado. • Quando vou a uma Unidade de Saúde, costumo levar uma lista com toda a medicação que estou a tomar • Tive uma reação alérgica devido à medicação, à alimentação, ao material hospitalar ou a tratamentos que fui sujeito enquanto estava hospitalizado.

Higienização das mãos e prevenção de infeções
<ul style="list-style-type: none"> • O tratamento ocorreu num sítio limpo. • Há solução alcoólica disponível, para os doentes desinfetarem as mãos. • Há informação exposta sobre como se deve proceder a higienização das mãos. • Considero que os profissionais fazem uma correta higienização das mãos. • Há informação exposta e visível sobre como é que os doentes devem agir caso estejam com tosse. • Caso estejam com tosse, os doentes são informados acerca da maneira correta de proceder
Prevenção de quedas
<ul style="list-style-type: none"> • Caí durante a minha permanência nesta Unidade de Saúde. • O chão da Unidade não escorrega e está em bom estado de conservação. • O mobiliário está colocado de uma forma adequada para evitar quedas. • Os degraus ou saliências estão identificados de uma forma visível. • Sempre que necessitei de ajuda para me mover ou deslocar, ela foi-me dada num prazo razoável de tempo. • O chão da Unidade não escorrega e está em bom estado de conservação. • O mobiliário está colocado de uma forma adequada para evitar quedas. • Os degraus ou saliências estão identificados de uma forma visível.
Prevenção de úlceras de pressão
<ul style="list-style-type: none"> • Surgiram-me úlceras de pressão durante a minha permanência no hospital. • Disseram-me os fatores de risco para o aparecimento de úlceras de pressão. • Fui informado sobre o que eram úlceras de pressão (escaras). • Foram-me indicados procedimentos para evitar o aparecimento de úlceras de pressão. • Foram-me indicados os fatores de risco para o aparecimento de úlceras de pressão.
Segurança Cirúrgica
<ul style="list-style-type: none"> • Voltei a ser operado/a de forma imprevista depois de ter sido intervencionado cirurgicamente numa primeira ocasião durante a hospitalização. • No dia da cirurgia, as medidas tomadas para garantir a minha segurança foram-me explicadas por alguém. • No dia da cirurgia, senti-me seguro/a por causa das ações que eu vi tomadas pela equipa cirúrgica. • No dia anterior à cirurgia, senti-me confiante em relação à minha segurança. • No dia da cirurgia, senti-me seguro/a quando vários membros da equipa cirúrgica me pediram que repetisse meu nome. • Senti-me seguro/a quando vários membros da equipa cirúrgica me pediram que repetisse a minha data de nascimento. • Senti-me seguro/a quando no dia da cirurgia me perguntaram sobre o tipo de procedimento que iria realizar. • Senti-me seguro/a quando no dia da cirurgia me perguntaram sobre as minhas alergias. • Durante a recuperação a equipa cirúrgica estava preocupada com a minha recuperação. • Recebi informação sobre a cirurgia (operação) antes de a realizar. • Sabia o que porquê de me desenharem marcas no sítio onde ia ser operado." • Recebi informação sobre como me poderia sentir depois da cirurgia, antes de a realizar. • Recebi informação sobre consequências que poderiam advir da cirurgia e da anestesia.
Comunicação com o doente e identificação inequívoca
<ul style="list-style-type: none"> • Fui confundido/a com outro/a doente durante a hospitalização. • Sabia a quem me dirigir para pedir informações sobre o meu estado e/ou tratamento. • Tinha sempre resposta às questões que fazia sobre o meu estado de saúde. • Sabia quem era o responsável pelo meu cuidado. • Diferentes profissionais deram-me diferentes informações sobre o meu estado de saúde. • Percebi que a informação que era transmitida sobre os meus cuidados entre os profissionais, era correta. • Os diferentes profissionais tinham sempre acesso a informação sobre a minha história clínica. • Como fui envolvido nas decisões sobre os meus cuidados e tratamentos. • Foi-me dado tempo suficiente para perguntar o que queria.

<ul style="list-style-type: none"> • Explicaram-me explicitamente todos os tratamentos e exames. • Todos os profissionais pareciam estar cientes sobre indicações de outros profissionais sobre o meu tratamento. • Explicaram-me de forma esclarecedora as dúvidas que expus sobre informação que me transmitiam. • Percebi sempre o que os profissionais de saúde me transmitiram. • Tinha à-vontade para expor as minhas dúvidas aos profissionais de saúde- • Os profissionais de saúde mostraram disponibilidade para me explicarem de forma mais simples o que não percebi. • Sinto que recebi a atenção necessária por parte dos profissionais de saúde
Identificação de incidentes
<ul style="list-style-type: none"> • Sofreu algum incidente durante a sua permanência no hospital. • O equipamento necessário para os meus cuidados nem sempre estava a funcionar. • Sofreu algum incidente relacionado com o diagnóstico errado de alguma patologia? • Sofreu algum incidente relacionado com a medicação prescrita ou administrada nesta Unidade de Saúde? • Teve algum incidente relacionado com tratamentos prescritos e/ou administrados nesta Unidade de Saúde? • Teve algum incidente relacionado com vacinas prescritas ou administradas nesta Unidade de Saúde? • Teve algum incidente relacionado com análises clínicas que lhe foram executadas ou prescritas nesta Unidade de Saúde? • Teve algum incidente com outros exames (ex: exames de radiologia) que lhe foram prescritos ou executados nesta Unidade de Saúde? • Teve algum incidente com a comunicação entre si e os diferentes profissionais nesta Unidade de Saúde? • Teve algum incidente relacionado com a comunicação e coordenação entre os profissionais de saúde nesta Unidade de Saúde? • Teve algum incidente relacionado com as suas marcações/agendamentos? • Teve algum incidente relacionado com os seus registos? • Teve algum incidente relacionado com quedas nesta Unidade de Saúde? • Teve algum incidente relacionado com o mobiliário nesta Unidade de Saúde? • Quais os profissionais que relaciona com esse problema? • O profissional cometeu um erro quando lhe prescreveu medicação?

A – Convite aos peritos para participação

No sentido de se proceder à elaboração do questionário a partir do grupo de itens previamente selecionado (Etapas 1 e 2), foi convidado um grupo de cinco peritos portugueses, com experiência na área da segurança dos cuidados de saúde e na elaboração de questionários.

Os cinco peritos aceitaram o convite, sendo três de género feminino e dois de género masculino. Dos cinco peritos dois têm Doutoramento na área da segurança dos cuidados de saúde, e lecionam em Universidades Portuguesas, um é doutorando na área da literacia para a segurança dos cuidados de saúde e dois têm especializações em segurança do doente e trabalham em Comissões da Qualidade e Segurança (CQS).

B - Seleção dos itens e ordenação do questionário

Considerando que o questionário foi aplicado em Unidades de Saúde Hospitalares de média e grande dimensão, constituídas por uma grande variedade de serviços, o grupo de peritos determinou que o questionário fosse dividido em quatro secções (além das características sociodemográficas dos participantes), consideradas como dimensões. A resposta a uma dimensão não estava dependente da resposta a qualquer das outras dimensões, ou seja, o respondente poderia responder às dimensões relacionadas com a sua experiência na segurança da prestação de cuidados de saúde.

A primeira versão do questionário ParticipaS teve assim cinco secções diferenciadas:

- 1ª secção – Dados demográficos;
- 2ª secção – Itens mais generalistas e adaptáveis a serviços de ambulatório e urgência, onde os doentes não permanecem internados;
- 3ª secção – Itens específicos para doentes que estiveram internados;
- 4ª secção – Itens específicos para doentes que fizeram cirurgia;
- 5ª secção – Identificação de possíveis acidentes de segurança que o doente tenha sofrido.

O grupo de peritos decidiu também que os itens seriam redigidos em forma de afirmação e teriam uma escala de resposta com quatro opções (escala tipo *Likert*) que variam entre “Concordo fortemente”, “Concordo”, “Discordo” e “Discordo Fortemente”, sendo que haveria uma outra opção de resposta “Não sei/Não se aplica”.

A escolha de uma escala com quatro opções deveu-se ao facto de quando o tema é sensível, os inquiridos mais conservadores, apesar de ser garantido o anonimato, podem recorrer ao meio da escala, sentindo-se mais seguros por não dar uma resposta que revele uma posição positivamente ou negativamente forte ¹³⁰.

A necessidade de incluir uma opção extra “Não sei/Não se aplica”, deve-se ao facto de alguns itens necessitarem de um conhecimento específico ou que o doente tenha passado por essa situação, no entanto evitou-se colocar esta opção no centro da escala de avaliação ¹³⁰.

A partir desta 1ª versão do questionário ParticipaS, procedeu-se a uma nova redação de cada item, para os adaptar ao formato questionário.

Assim procedeu-se à elaboração de uma nova versão do questionário (2ª versão do questionário ParticipaS), onde se realizaram as seguintes alterações:

- Redação de cada item adaptado ao formato de questionário e à escala de resposta;
- Redefinição da escala de resposta adotada, tendo passado a variar entre o “Sempre”, “Quase Sempre”, “Quase Nunca” e “Nunca”, mantendo a opção “Não sei/Não se aplica”;
- Redefinição da escala de resposta para os itens sobre a “identificação de possíveis acidentes de segurança que o doente tenha sofrido”, para uma escala com apenas duas opções “Sim” e “Não” mantendo a opção “Não sei/Não se aplica” para o caso em que os doentes não estiveram expostos a determinadas situações, ou não possuem conhecimento específico.

Nesta etapa selecionou-se os itens a integrar o questionário, adaptou-se semanticamente tendo em conta o público alvo do questionário e os objetivos do mesmo, e ordenou-se os referidos itens, tendo resultado na segunda versão do questionário.

As características sociodemográficas incluídas nesta versão do questionário, foram as selecionadas pelos peritos, tendo em conta instrumentos com características semelhantes que existem na literatura^{36,82,83,87}, bem como os objetivos da aplicação deste questionário.

Os peritos consideraram também importante esclarecer o doente quanto a alguns termos utilizados ao longo do questionário de modo a esclarecer possíveis dúvidas. Nesse sentido, foram introduzidos os conceitos de segurança, incidente e dano.

ETAPA 4 – VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO E VERIFICAÇÃO DA FIABILIDADE DO QUESTIONÁRIO

Esta etapa dividiu-se em duas fases, uma primeira em que se executou um grupo focal (com presidentes e/ou representantes de associações de doentes - que integram o projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” - com conhecimentos sobre segurança dos cuidados de saúde, e profissionais de saúde membros de Comissões de Qualidade e Segurança de US), para avaliar a validade de conteúdo do questionário resultante da etapa anteriormente descrita (2ª versão ParticipaS), e uma segunda fase que consistiu na aplicação do questionário (3ª versão) a uma amostra de trinta e um doentes – o pré-teste.

A - Técnica de grupo focal

Entende-se por validade de conteúdo, a avaliação do quanto uma amostra de itens é representativa de um universo definido ou domínio de um conteúdo ¹³¹⁻¹³³.

Como não existe um teste estatístico específico para avaliar a validade de conteúdo, geralmente utiliza-se uma abordagem qualitativa ¹³¹. No caso deste estudo optou-se por utilizar a técnica de grupo focal, que se baseia na interação e comunicação em pequenos grupos, visando reunir informação detalhada sobre temas específicos a partir de um grupo de participantes selecionados. Podem constituir objetivos desta técnica, obter e/ou complementar informação que permita a compreensão de percepções, crenças e atitudes em relação a uma temática ou ainda desenvolver hipóteses complementares ^{134,135}.

Um passo fundamental para planejar um grupo focal é definir claramente o seu propósito¹³⁴, sendo que o valor desta técnica assenta na capacidade humana de interagir, formando e transmitindo opiniões e atitudes sobre uma determinada temática ¹³⁶.

O facto de a técnica de grupo focal permitir a exposição de ideias e o fomento de argumentação por parte dos intervenientes do grupo, foi determinante na escolha da técnica, favorecendo assim a proposição espontânea de transformações significativas no contexto do grupo, proporcionando o alcançar dos objetivos ¹³⁶.

Esta técnica permitiu assim, não só identificar os problemas de adaptação no questionário, como ampliar a compreensão das dificuldades e necessidades apontadas pelo grupo, bem como possibilitar a geração de propostas de intervenção a partir do processo reflexivo ¹³⁷.

Operacionalização do Grupo Focal

Neste sentido, constituiu-se um grupo com oito participantes, quatro representantes de Associações de Doentes e quatro profissionais de saúde com experiência na área da segurança dos cuidados de saúde.

Foi então preparado para cada elemento participante no grupo, uma lista com as regras de funcionamento do grupo (anexo 2) e um questionário (2ª versão do ParticipaS).

Assim, seguindo um guião pré-definido, cujas perguntas constam na tabela 5, solicitou-se aos participantes que lessem o questionário (2ª versão do ParticipaS), e que verificassem item a item se havia alguma palavra ou expressão que considerassem de

difícil compreensão e averiguassem as interpretações que poderiam ser dadas a cada item. Pediu-se também que propusessem alterações aos itens, nos casos identificados.

Estava presente na reunião um redator, que redigiu as principais constatações feitas pelo grupo sobre o questionário, bem como as propostas de melhoria.

Tabela 5 - Perguntas do guião do grupo focal

Guião Grupo Focal
<ul style="list-style-type: none"> • Neste item (pergunta) há alguma palavra ou expressão que considera de difícil compreensão para os doentes? • Que interpretação dá a este item? • O que pode ser alterado em cada pergunta e no questionário em geral?

Desta fase resultou a 3ª versão do questionário, na qual alguns itens foram alterados semanticamente, trocando algumas expressões. Foi também acrescentada a definição de mais dois conceitos, nomeadamente: solução alcoólica e úlceras de pressão. O questionário manteve, no entanto, a estrutura definida nas versões anteriores.

A tabela 6 apresenta os itens que constam na 3ª versão do questionário, cujo questionário integral se encontra em anexo 3.

Tabela 6 - Itens da 3ª versão do questionário

3ª versão do ParticipaS
Itens mais generalistas e adaptáveis a serviços de ambulatório
Sou devidamente informado/a dos efeitos secundários, que podem ocorrer como consequência, da medicação que me é receitada.
Sempre que me é receitado um medicamento explicam-me claramente como o devo tomar (quantidade, horário e duração do tratamento).
Os profissionais desta unidade de saúde procedem à lavagem ou desinfeção das mãos.
Está disponível solução alcoólica para os doentes, acompanhantes e visitantes desinfectarem as mãos.
Os doentes e acompanhantes recebem informação de como devem tossir, quando devem pedir uma máscara e a que distância se devem manter de quem tosse ou espirra, para que não haja contágio.
O chão da Unidade não escorrega, está em bom estado de conservação, os degraus estão assinalados para que ninguém caia.
Os profissionais de saúde, antes da realização de qualquer ato, confirmam sempre a minha identidade, com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: perguntaram-me o nome completo e a data de nascimento).
Esclarecem-me sempre que tenho dúvidas sobre a informação que me é transmitida.
Itens para doentes que estiveram internados
Nesta Unidade existem indicações, cartazes/folhetos para os doentes, acompanhantes e visitas, a ensinar quando se deve proceder à lavagem e desinfeção das mãos.
Foi-me explicado o que eram úlceras de pressão (escaras) e o que deveria fazer para evitá-las.
Quando tive alta hospitalar, explicaram-me os cuidados a ter e que materiais utilizar para prevenir as úlceras de pressão (escaras).
Sempre que me davam medicação ou eram realizados exames, os profissionais confirmavam a minha identidade com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: perguntaram-me o nome completo e data de nascimento).
Informaram-me para que serviam os medicamentos e se tinham efeitos secundários.
Sempre que necessitei, ajudaram-me na mobilização (ex.: a levantar, a andar, a ir à casa de banho).
Itens para doentes que foram submetidos a um procedimento cirúrgico
Recebi informação sobre a cirurgia/operação antes de a realizar.

Recebi informação sobre as consequências que a cirurgia/operação poderia trazer.
Antes da cirurgia/operação confirmaram comigo a minha identificação, perguntando o meu nome e data de nascimento, bem como a operação/cirurgia que iria realizar.
Confirmaram comigo a marcação do local a operar e desenharam uma marca com uma caneta (exemplos de marcações do local a operar: X; O; ➔).
Identificação de possíveis acidentes de segurança que o doente tenha sofrido
Já sofri incidentes nesta Unidade de Saúde, relacionados com:
Medicação
Tratamentos
Exames (ex: análises, Raio-X, TAC, etc.)
Quedas
Úlceras de pressão (escaras)
Infeções na sequência dos cuidados de saúde (ex: durante ou após um internamento, após uma cirurgia ou um tratamento etc.)
Cirurgias/Operações

O questionário resultante desta fase, ou seja a 3ª versão do questionário ParticipaS, foi adotado pelo projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” definido pelo despacho nº6430/2017, de 25 de julho, cuja coordenação para a execução e avaliação são da responsabilidade da Direção-Geral da Saúde (DGS), nomeadamente para servir de instrumento que permita aumentar a participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde.

Neste sentido, a segunda fase desta quarta etapa e a quinta etapa do processo de desenvolvimento e validação do questionário de “Participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde” foram executadas pelo autor, enquadradas no âmbito das atividades deste projeto-piloto.

B- Pré-teste

O questionário resultante da fase anterior, ou seja a 3ª versão do questionário ParticipaS, foi sujeito a um pré-teste, para se poder avaliar a aceitabilidade e consistência interna, considerada “a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos”¹³⁸, ou seja, não se está a avaliar as possíveis diferenças de interpretação mas as diferentes opiniões dos inquiridos³.

Assim, o questionário foi aplicado a uma pequena amostra de trinta e um doentes, de uma Unidade de Saúde que não incorporava o Projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”, mas cuja população tinha características semelhantes com a das Unidades englobadas no Projeto-piloto.

O tipo de amostra utilizada para este pré-teste, foi não probabilística de conveniência para toda a população que reuniu os critérios de elegibilidade e que recorreram a esta Unidade Hospitalar nos dias em que ocorreu a implementação do pré-teste.

As condições de aplicação do questionário ParticipaS, para o pré-teste foram desenvolvidas pela equipa científica responsável pelo desenvolvimento e implementação do Projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” (anexo 4).

A implementação do pré-teste foi conduzida por dois membros desta equipa científica, pelo que não foi necessário proceder ao treino da equipa para implementação do pré-teste.

Tendo em conta os resultados da aplicação do pré-teste, não foram executadas quaisquer alterações à 3ª versão do questionário ParticipaS, pelo que esta versão foi considerada a versão final.

A tabela 7, apresenta todos os itens incluídos nas quatro dimensões do questionário ParticipaS (3ª versão final), bem como os dados sócio-demográficos.

Tabela 7 - Itens incluídos em todas as dimensões do questionário ParticipaS

Dimensões	Itens
Dados sociodemográficos	Idade
	Género
	Nível de Escolaridade
	Doença Crónica
	Situação Profissional
Dimensão 1 – Ambulatório/Geral	Sou devidamente informado/a dos efeitos secundários, que podem ocorrer como consequência, da medicação que me é receitada.
	Sempre que me é receitado um medicamento explicam-me claramente como o devo tomar (quantidade, horário e duração do tratamento).
	Os profissionais desta unidade de saúde procedem à lavagem ou desinfeção das mãos.
	Está disponível solução alcoólica para os doentes, acompanhantes e visitantes desinfetarem as mãos.
	Os doentes e acompanhantes recebem informação de como devem tossir, quando devem pedir uma máscara e a que distância se devem manter de quem tosse ou espirra, para que não haja contágio.
	O chão da Unidade não escorrega, está em bom estado de conservação, os degraus estão assinalados para que ninguém caia.
	Os profissionais de saúde, antes da realização de qualquer ato, confirmam sempre a minha identidade, com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: perguntaram-me o nome completo e a data de nascimento).
	Esclarecem-me sempre que tenho dúvidas sobre a informação que me é transmitida.
Dimensão 2 – Internamento	Nesta Unidade existem indicações, cartazes/folhetos para os doentes, acompanhantes e visitas, a ensinar quando se deve proceder à lavagem e desinfeção das mãos.
	Foi-me explicado o que eram úlceras de pressão (escaras) e o que deveria fazer para evitá-las.

	Quando tive alta hospitalar, explicaram-me os cuidados a ter e que materiais utilizar para prevenir as úlceras de pressão (escaras).
	Sempre que me davam medicação ou eram realizados exames, os profissionais confirmavam a minha identidade com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: perguntaram-me o nome completo e data de nascimento).
	Informaram-me para que serviam os medicamentos e se tinham efeitos secundários.
	Sempre que necessitei, ajudaram-me na mobilização (ex.: a levantar, a andar, a ir à casa de banho).
Dimensão 3 – Cirurgia	Recebi informação sobre a cirurgia/operação antes de a realizar.
	Recebi informação sobre as consequências que a cirurgia/operação poderia trazer.
	Antes da cirurgia/operação confirmaram comigo a minha identificação, perguntando o meu nome e data de nascimento, bem como a operação/cirurgia que iria realizar.
	Confirmaram comigo a marcação do local a operar e desenharam uma marca com uma caneta (exemplos de marcações do local a operar: X; O; ➔).
Dimensão 4 – Identificação de Incidentes	Já sofri incidentes nesta Unidade de Saúde, relacionados com: Medicação
	Já sofri incidentes nesta Unidade de Saúde, relacionados com: Tratamentos (
	Já sofri incidentes nesta Unidade de Saúde, relacionados com: Exames (ex: análises, Raio-X, TAC, etc.)
	Já sofri incidentes nesta Unidade de Saúde, relacionados com: Quedas
	Já sofri incidentes nesta Unidade de Saúde, relacionados com: Úlceras de pressão (escaras)
	Já sofri incidentes nesta Unidade de Saúde, relacionados com: Infecções na sequência dos cuidados de saúde (ex: durante ou após um internamento, após uma cirurgia ou um tratamento etc.)
	Já sofri incidentes nesta Unidade de Saúde, relacionados com: Cirurgias/Operações

5.2 – PILOTAGEM DO QUESTIONÁRIO – ETAPA 5

5.2.1 - POPULAÇÃO, AMOSTRA E CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO *ParticipaS*

A – População

População

Todos os doentes que recorreram a qualquer serviço das oito Unidades de Saúde do Projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde” entre 18 e 22 de junho de 2018.

Critérios de exclusão

São excluídos da aplicação do questionário, doentes com pelo menos um dos seguintes critérios:

- Doentes de Serviços de Pediatria, de Psiquiatria e Maternidades;
- Doentes com idade igual ou inferior a 18 anos;
- Doentes que não saibam ler e/ou escrever.

B – Amostra

Seleção da amostra

Considerando as características exploratórias deste estudo ¹²², optou-se pela utilização de uma amostra não-probabilística, pois este tipo de amostragem adequa-se a este tipo de estudos ^{139,140}.

Atendendo às características da população deste estudo, que se encontra dividida por oito US distribuídas por diversas regiões de Portugal, entre as técnicas de amostragem não-probabilísticas, elegeu-se a amostragem por quotas, que apresenta maior rigor quando comparada com as demais amostragens não-probabilísticas ^{139,141,142}.

Na mostragem não-probabilística por quotas, o investigador fixa quotas segundo características bem precisas da população (sexo, idade, área geográfica, etc.), pretendendo que a amostra inclua proporções similares de pessoas com as mesmas características ^{139,141,142}.

Neste estudo fixaram-se quotas mínimas de participantes para cada US, tendo em conta o número de atendimentos realizados anualmente em cada US em proporção com o número de atendimentos feitos nas oito US.

Dimensão da amostra

Para se definir a dimensão da amostra para as oito US, atendendo aos objetivos exploratórios deste estudo, e tendo em conta que quanto maior for a amostra, mais precisas serão as estatísticas ^{122,139}, resolveu-se considerar, de acordo com a bibliografia, um rácio mínimo de participantes por cada item da escala a ser analisado ¹⁴³.

Embora o indicado na bibliografia ¹⁴³, e o encontrado em estudos com as mesmas características ^{144,145}, fosse um rácio mínimo de 10 participantes por cada item da escala a ser analisado, tendo em conta as características das questões deste questionário (em que um participante pode não responder a todas as dimensões do questionário) e o tipo de amostragem a utilizar, optou-se por solicitar um rácio mínimo de 30 participantes por cada item do questionário a validar (18 itens), ou seja, ter uma amostra mínima de 540 respondentes no total das oito US.

Neste sentido, definiram-se as quotas para cada US, ou seja, a amostra mínima a alcançar em cada US, tendo em conta o número de atendimentos realizados anualmente em cada US em proporção com o número de atendimentos feitos nas oito US. Para este efeito utilizaram-se os dados mais recentes disponibilizados pela DGS ¹⁴⁶.

Assim a tabela 8, apresenta o número mínimo de participantes (quotas) que constituem a amostra em cada uma das oito US.

Tabela 8 - Dimensão da amostra por Unidade de Saúde

Unidade de Saúde	Dimensão da amostra
Unidade A	117
Unidade B	132
Unidade C	144
Unidade D	38
Unidade E	34
Unidade F	44
Unidade G	14
Unidade H	17

C – Condições de Aplicação

Local da aplicação

Todos os serviços das oito Unidades de Saúde englobadas no projeto-piloto "Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde" exceto Serviços de Pediatria, de Psiquiatria e Maternidades.

Duração e período de aplicação do questionário

O questionário foi aplicado entre o dia 18 e 22 de junho de 2018.

Método de aplicação e recolha do questionário

- O questionário foi entregue ao doente pelos voluntários das Ligas dos Amigos/Associações de Doentes (LA/AD) que assumiram o papel de dinamizadores locais das atividades do projeto-piloto "Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde";
- O questionário foi colocado pelo doente em caixas disponibilizadas para o efeito de modo a garantir o anonimato;
- As caixas com os questionários foram recolhidas pelos voluntários das LA/AD, e entregues à CQS no final de cada dia de aplicação do questionário.

Todos os voluntários e membros das CQS que participaram na aplicação do questionário receberam treino por parte da equipa científica do Projeto-piloto "Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde", ou por parte dos dinamizadores locais do Projeto-piloto.

5.2.2 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

A - Análise da Fiabilidade e validade do questionário ParticipaS

A *fiabilidade* de um instrumento refere-se à propriedade de consistência e reprodutibilidade da medida. Um instrumento diz-se fiável se mede, de forma consistente e reprodutível, uma determinada característica ou fator de interesse. Uma das medidas mais utilizadas para avaliar a fiabilidade, é o α (alfa) de *Cronbach*¹⁴⁷. Contudo, a validade desta medida tem sido questionada e vários autores têm sugerido medidas alternativas. Nesse sentido, neste estudo também foram obtidas as *average inter-item correlation* (AIIC). A AIIC é independente do número de itens que um construto é constituído assim como da dimensão da amostra. Valores entre 0,15 e 0,5 são recomendáveis, sendo que valores inferiores a 0,15 pode ser indicador de que o construto não avalia o que pretende, e valores superiores a 0,5 indicador de que existem muitos itens correlacionados levando a concluir que existe redundância¹⁴⁸.

O modelo pode ter um bom ajustamento global, mas ainda assim apresentar um mau ajustamento local. Isto é, os índices de ajustamento global, indicam um bom ajustamento, mas um ou mais parâmetros do modelo podem não ser significativos e/ou a fiabilidade de um ou mais indicadores ser reduzida. Nesse sentido, para além da fiabilidade dos construtos também foi conduzida uma análise da fiabilidade individual (por item). Assim, o refinamento da análise poderá contribuir para um aumento global da fiabilidade interna do instrumento. Para o efeito, para cada item foram obtidos os coeficientes de determinação (R^2), os *deleted item reliability coefficients* (DIRC, alfa de *Cronbach* se o item é removido) e *corrected item-total correlation* (CITC, correlação item-total corrigida). O coeficiente de determinação aqui explorado é idêntico conceptualmente ao R^2 da regressão linear, é uma medida de fiabilidade individual e valores superiores ou iguais a 0,25 indicam fiabilidade individual apropriada. O DIRC representa o alfa de *Cronbach* se o item for removido do construto. O item deverá ser removido caso se verifique um aumento do alfa de *Cronbach*. O CITC representa o coeficiente de correlação de Pearson entre o item e o total dos restantes itens do construto. Valores iguais ou inferiores a 0,2 são indicador que o item deverá ser excluído do questionário. A remoção dos itens, caso se verifique, deverá ser realizada individualmente e proceder-se a uma análise global de modo a verificar o impacto no quadro geral¹⁴⁸.

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC), no âmbito da AEE, é geralmente usada para avaliar a qualidade do ajustamento de um modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre variáveis manifestas (itens).

Neste contexto, a AFC pode ser utilizada na validação fatorial de um instrumento ou pode ser o primeiro passo na avaliação de um modelo de equações estruturais. Neste trabalho a AFC foi utilizada para avaliar a qualidade de ajustamento do modelo associado ao questionário desenvolvido. No âmbito da AFC é usual avaliar, para além da qualidade global do ajustamento, a fiabilidade e a validade dos instrumentos de medida.

Atualmente existem dezenas de estatísticas que podem ser utilizadas para a avaliação da qualidade do ajustamento. A avaliação da qualidade do ajustamento é, geralmente, feita com (i) testes de ajustamento; (ii) índices da qualidade do ajustamento ou ainda (iii) com a análise dos resíduos e da significância dos parâmetros¹⁴⁹.

Os testes de ajustamento, nomeadamente o teste do χ^2 (qui-quadrado) de ajustamento, testa idealisticamente, se o ajustamento é perfeito. Apesar deste teste ser utilizado frequentemente, a sua utilização não é válida na grande maioria das aplicações, em particular quando as dimensões das amostras são muito elevadas (>200). Atualmente, existem vários índices que, com base empírica nem sempre isenta de crítica, podem ser utilizados em alternativa. Enumeram-se os utilizados neste trabalho, cuja seleção teve por base os índices que a maioria dos autores reporta, usualmente em aplicações da AEE, (i) $\chi^2/g.l.$ (qui-quadrado a dividir pelo número de graus de liberdade), de uma forma geral, o ajustamento considera-se bom se o valor deste quociente for inferior a 2, aceitável se inferior a 5 e inaceitável para valores superiores a 5¹⁵⁰; *Goodness-of-fit Index* (GFI), este índice explica a proporção da covariância observada entre as variáveis manifestas (itens), explicadas pelo modelo ajustado (um conceito semelhante ao R^2 (coeficiente de determinação da regressão linear). De uma forma geral considera-se que valores do GFI inferiores a 0.9 indicam modelos com mau ajustamento aos dados, entre [0.9;0.95[, indica um bom ajustamento e valores de GFI superiores a 0.95 são indicadores de um ajustamento muito bom. O *Comparative Fit Index* (CFI), foi proposto por Bentler¹⁵¹, para corrigir a subestimação que pode ocorrer quando as amostras são pequenas, este índice é portanto, independente da dimensão da amostra. Valores inferiores a 0.9 indicam um mau ajustamento, valores entre [0.9;0.95[indicam um ajustamento bom e valores superiores ou iguais a 0.95 indicam um ajustamento muito bom; o *Tucker-Lewis index* (TLI) varia entre 0 e 1, mas não está limitado a este intervalo. Valores próximos de 1 indicam um

ajustamento muito bom. *Parsimony CFI* (PCFI) e *Parsimony GFI* (PGFI) são obtidos para compensar a melhoria “artificial” do modelo que se consegue, simplesmente por inclusão de mais parâmetros, isto é, um modelo mais complexo pode ter melhor ajustamento do que um modelo mais simples (parcimonioso). Os valores de referência indicadores de bom ajustamento, de uma forma geral valores inferiores a 0.6 indicam um mau ajustamento, valores no intervalo]0.6,0.8] indicam um ajustamento razoável e valores superiores a 0.8 são indicadores de um bom ajustamento. O índice *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), foi proposto de modo a compensar a melhoria, potencial, do ajustamento do modelo pela simples adição de mais parâmetros¹⁵². Estudos empíricos têm sugerido que o ajustamento do modelo é inapropriado quando a estimativa pontual do RMSEA é superior a 0.1, é considerado medíocre para valores do RMSEA no intervalo [0.08; 0.10], bom para [0.05;0.08] e muito bom quando apresenta valores inferiores a 0.05.

B – Análise dos dados da pilotagem do questionário ParticipaS

O coeficiente ρ de *Spearman* avalia a intensidade da relação entre variáveis ordinais, utilizando apenas a ordem das observações em vez do valor observado. Assim, este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição, nem na presença de *outliers*, não necessitando, deste modo, que os dados tenham origem em duas populações normais^{153–155}. O coeficiente ρ de *Spearman* varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis^{153,154}.

O coeficiente *Kendall-Tau-b* (T_b), é um teste não-paramétrico que pode ser definido como “uma medida de concordância entre dois conjuntos de classificações relativas a um conjunto de objetos ou experiências”^{153,155}. Este coeficiente é uma alternativa ao coeficiente ρ de *Spearman*, aplicando-se nas mesmas condições, no entanto, se as amostras forem mais pequenas e tiverem valores repetidos, os resultados deste teste ao coeficiente são mais precisos^{153,155}.

O coeficiente *Kendall-Tau-b* varia de -1 a 1, e indica uma correlação perfeita, -1 indica uma correlação inversa perfeita, e 0 indica que não há correlação.

C - Comparação da proporção de respostas discordantes entre respondentes que dizem já ter sofrido pelo menos um incidente de segurança e os que referiram nunca ter sofrido um incidente de segurança

O teste de hipóteses para a diferença de proporções de duas amostras independentes, compara médias entre grupos, testando se a diferença observada (aumento, diminuição ou diferença) é estatisticamente significativa ou não. Este teste de hipótese fornece uma avaliação de significância estatística ¹⁵⁶.

5.2.3 – VARIÁVEIS

O questionário ParticipaS, comporta as variáveis que compõem a tabela 9, nela podemos ver o nome das variáveis, o tipo e os valores.

Tabela 9 - Variáveis do questionário ParticipaS

NOME	TIPO	VALORES
Idade	Quantitativa discreta	
Género	Nominal	Feminino; Masculino
Nível de escolaridade	Ordinal	
Doença Crónica	Nominal	Sim; Não;
Profissão	Nominal	Estudante; Ativo(a); Desempregado(a); Reformado(a);
Dimensão 1 – Ambulatório/Geral		
Sou devidamente informado/a dos efeitos secundários, que podem ocorrer como consequência, da medicação que me é prescrita.	Ordinal	Nunca; Raramente; Frequentemente; Sempre; Não sei/Não se aplica
Sempre que me é prescrito um medicamento explicam-me claramente como o devo tomar (quantidade, horário e duração do tratamento).		
Os profissionais desta unidade de saúde procedem à lavagem ou desinfeção das mãos.		
Está disponível solução alcoólica para os doentes, acompanhantes e visitantes desinfetarem as mãos.		
Os doentes e acompanhantes recebem informação de como devem tossir, quando devem pedir uma máscara e a que distância se devem manter de quem tosse ou espirra, para que não haja contágio.		
O chão da Unidade não escorrega, está em bom estado de conservação, os degraus estão assinalados para que ninguém caia.		
Os profissionais de saúde, antes da realização de qualquer ato, confirmam sempre a minha identidade, com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: perguntaram-me o nome completo e a data de nascimento).		
Esclarecem-me sempre que tenho dúvidas sobre a informação que me é transmitida.		
Dimensão 2 – Internamento		
Nesta Unidade existem indicações, cartazes/folhetos para os doentes, acompanhantes e visitas, a ensinar quando se deve proceder à lavagem e desinfeção das mãos.	Ordinal	Nunca; Raramente; Frequentemente; Sempre; Não sei/Não se aplica
Foi-me explicado o que eram úlceras de pressão (escaras) e o que deveria fazer para evitá-las.		
Quando tive alta hospitalar, explicaram-me os cuidados a ter e que materiais utilizar para prevenir as úlceras de pressão (escaras).		
Sempre que me davam medicação ou eram realizados exames, os profissionais confirmavam a minha identidade com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: perguntaram-me o nome completo e data de nascimento).		
Informaram-me para que serviam os medicamentos e se tinham efeitos secundários.		

Sempre que necessitei, ajudaram-me na mobilização (ex.: a levantar, a andar, a ir à casa de banho).		
Dimensão 3 – Cirurgia		
Recebi informação sobre a cirurgia/operação antes de a realizar.	Ordinal	Nunca; Raramente; Frequentemente; Sempre; Não sei/Não se aplica
Recebi informação sobre as consequências que a cirurgia/operação poderia trazer.		
Antes da cirurgia/operação confirmaram comigo a minha identificação, perguntando o meu nome e data de nascimento, bem como a operação/cirurgia que iria realizar.		
Confirmaram comigo a marcação do local a operar e desenharam uma marca com uma caneta (exemplos de marcações do local a operar: X; O; ➔).		
Dimensão 4 – Identificação de incidentes		
Já sofri incidentes nesta Unidade de Saúde, relacionados com:		
Medicação	Nominal	Sim; Não; Não sei/Não se aplica
Tratamentos		
Exames (ex: análises, Raio-X, TAC, etc.)		
Quedas		
Úlceras de pressão (escaras)		
Infeções na sequência dos cuidados de saúde (ex: durante ou após um internamento, após uma cirurgia ou um tratamento etc.)		
Cirurgias/Operações		

5.3 – CRONOGRAMA

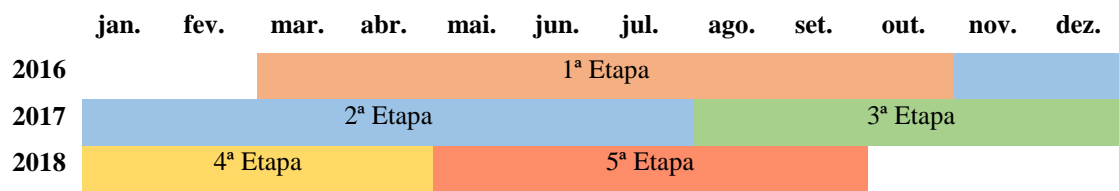


Figura 6 - Cronograma da investigação

Etapa 1 – Revisão de instrumentos semelhantes: de março a outubro de 2016.

A - Revisão sistemática da literatura – de março a agosto de 2016;

B - Geração de itens a partir da literatura - de setembro a outubro de 2016.

Etapa 2 – Entrevistas semi-estruturadas a doentes: de novembro de 2016 a julho de 2017.

A - Elaboração do Guião das entrevistas semi-estruturadas – de janeiro a fevereiro de 2017;

B - Realização das entrevistas semi-estruturadas – de março a maio de 2017;

C - Transcrição e análise das entrevistas e geração dos itens – de maio a julho de 2017.

Etapa 3 – Construção do questionário: de agosto a dezembro de 2017.

A - Convite aos peritos para participação – 25 de agosto a 15 de setembro de 2017;

B - Reunião para estruturação do questionário – 25 de setembro de 2017;

C - Reunião para seleção dos itens – 24 de outubro de 2017;

D - Adequação dos itens do questionário à escala – 5 de dezembro de 2017.

Etapa 4 – Validação do conteúdo e fiabilidade: de janeiro a junho de 2018.

A - Grupo focal – 19 de abril de 2018;

B - Pré-teste – 6 de junho de 2018.

Etapa 5 – Pilotagem do questionário: de junho a agosto de 2018

A - Aplicação do questionário – semana de 18 a 22 de junho de 2018;

B - Análise estatística dos dados – julho e agosto de 2018

5.4 – ASPETOS ÉTICOS

5.4.1 – PERMISSÕES INSTITUCIONAIS

Este trabalho de investigação pressupõe a solicitação de permissão para a utilização e recolha de dados a duas instituições distintas, em diferentes fases da sua persecução.

Neste sentido, foi feita uma solicitação de permissão para a execução de entrevistas semi-estruturadas a doentes (2ª etapa da construção do questionário ParticipaS), pelo que foi solicitado à Administração Regional de Saúde do Algarve I.P. (ARS Algarve) a permissão para a realização de entrevistas, que foi concedida no dia 28 de dezembro de 2016 (anexo 5), após análise do projeto pela comissão de ética desta instituição.

Foi também feita uma solicitação à Direção-Geral da Saúde (DGS) para a permissão da utilização de dados recolhidos para o pré-teste do questionário ParticipaS, bem como na pilotagem deste questionário, ambos realizados no seio do projeto-piloto “Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde”. Esta solicitação garantia o tratamento destes dados de uma forma global, não discriminando os dados tendo em conta as Unidades de Saúde que integram o projeto-piloto. Esta autorização foi dada no dia 10 de setembro de 2019 (anexo 6).

5.4.2 – CONSENTIMENTO INFORMADO

No decorrer das diversas fases de execução deste trabalho, foram utilizados os seguintes consentimentos informados, livre e esclarecidos:

- Consentimento informado, livre e esclarecido, para os doentes que participaram nas entrevistas semi-estruturadas, realizadas na ARS Algarve I.P., que se encontra em anexo 7.
- O questionário ParticipaS tem na sua introdução a informação que ao preencher o questionário o participante está a permitir que a DGS utilize essa informação, garantindo o anonimato dos participantes e confidencialidade dos dados, como se pode constatar no anexo 3.

5.5 – LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS AO ESTUDO

Este trabalho de investigação, como qualquer trabalho desta tipologia foi apresentando nas diferentes etapas da sua metodologia algumas limitações e constrangimentos, que foram sendo transpostos, mas que de alguma forma também o ajudaram a moldar. Desta forma como principais limitações ao estudo, podemos referir:

- Na etapa 2 do desenho deste estudo, as entrevistas semi-estruturadas ocorreram apenas em US do Algarve, o que ocorreu por limitações na possibilidade de deslocação do investigador principal. Considera-se que, se houvesse a oportunidade de realizar em outras regiões de Portugal, poderia perceber-se as expressões locais para determinadas temáticas, bem como perceber se havia referências a outros domínios da segurança dos cuidados de saúde.
- Na pilotagem do estudo, não foi possível realizar uma amostragem probabilística representativa da população das US, devido a uma conjugação de fatores, como: em algumas das US não se teve acesso a dados atuais necessários para a realização de uma técnica de amostragem probabilística; a equipa de voluntários para a distribuição dos questionários nas US ser muito pequena e ter muitas limitações em termos temporais.
- O facto do questionário ParticiaS possuir perguntas a que os participantes não são obrigados responder, fez com estes valores omissos fossem removidos ficando com uma amostra para o cálculo da fiabilidade interna e validade de apenas 98 participantes.

VI – RESULTADOS

Com o intuito de facilitar a consulta e percepção, os resultados encontram-se expostos neste capítulo de acordo com as etapas enumeradas na metodologia.

6.1 – REVISÃO DE INSTRUMENTOS SEMELHANTES

6.1.1 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Na pesquisa inicial foram identificados um total de 11593 estudos, dos quais 2898 se encontravam duplicados. Após a primeira fase de seleção, em que foram analisados os títulos de todos os estudos e os resumos de 95 estudos, apuraram-se 49 estudos. Na sequência da segunda fase de seleção, na qual foram analisados os 49 estudos na totalidade do seu conteúdo, foram selecionados 19 estudos, nos quais foram aplicados um total de 23 estratégias de participação dos doentes na segurança na prestação de cuidados de saúde. Os resultados das pesquisas encontram-se sumarizados no fluxograma PRISMA da figura 1.

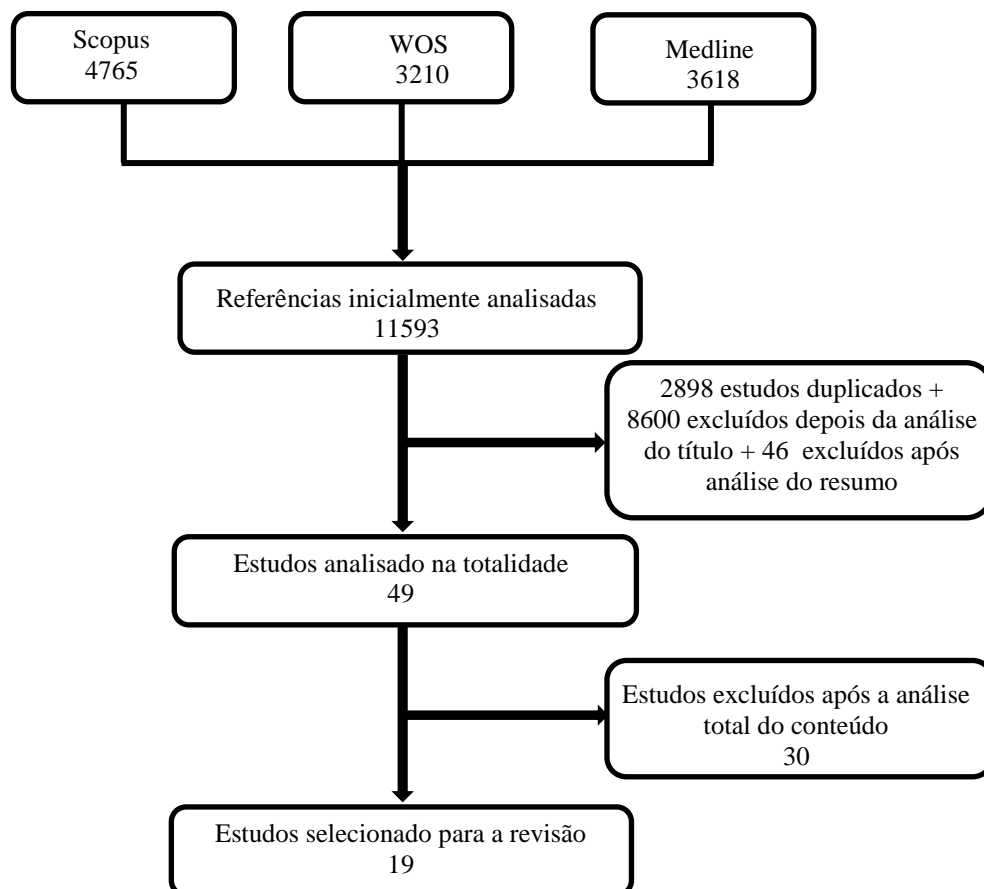


Figura 8 - Fluxograma PRISMA, com as diferentes fases da seleção dos artigos

Caracterização dos estudos identificados

O anexo 8, apresenta uma súmula dos objetivos e resultados de cada estudo, bem como do âmbito de utilização e/ou elaboração dos diferentes instrumentos identificados nos estudos selecionados.

A tabela 10, apresenta uma caracterização generalizada de todos os estudos selecionados.

Tabela 10 - Caracterização dos estudos selecionados

		Nº de instrumentos (%)	
País no qual o método foi desenvolvido/aplicado			
UK		6 (32)	
USA		6 (32)	
Austrália		4 (21)	
Canadá		1 (5)	
Suécia		1 (5)	
Espanha		1 (5)	
Ano de publicação			
2001 - 2004		1 (5)	
2005 - 2008		3 (16)	
2009 - 2012		7 (37)	
2013 - Atualidade		8 (42)	
Âmbito de aplicação			
Hospitalar (geral)		7 (32)	
Hospitalar (serviços específicos)		6 (27)	
Cuidados de Saúde Primários		8 (36)	
Farmácia		1 (5)	
Tipos de instrumentos utilizados			
Questionário		8 (35)	
Entrevistas	Estruturadas	2 (9)	5 (22)
	Semi-estruturadas	3 (13)	
Grupos Focais		4 (17)	
Vídeos		2 (9)	
Folhetos		1 (4)	
Sistema de notificação de incidentes		2 (9)	
Mobilização de associações de utentes		1 (4)	

Pode-se constatar que os países onde foram elaborados um maior número de estudos (de entre os selecionados) foram o Reino Unido e os Estados Unidos da América com 6 estudos cada um, sendo que os estudos provenientes de países Anglo-saxónicos representaram 89% dos estudos selecionados, tendo os outros dois estudos sido elaborados em Espanha e na Suécia.

Nos estudos selecionados verificou-se que esta temática tem sofrido uma evolução significativa nos últimos anos, pois 45% desses estudos foram elaborados nos últimos três anos e 80% nos últimos seis anos, sendo o estudo mais antigo datado de 2002.

A maioria dos estudos selecionados (59%) foram realizados em âmbito hospitalar, ou incluíram o meio hospitalar ^{84-86,89,90,96,98,100,157-161}, sendo que destes, mais de metade se aplicaram, ou se pretendem aplicar num serviço específico do meio hospitalar. Três dos estudos selecionados incluem mais de um âmbito, sendo que dois se aplicam em hospitais e cuidados de saúde primários ^{89,90} e um outro estudo se aplica em cuidados de saúde primários e farmácias comunitárias ⁹².

Nos 19 estudos, foi possível observar a utilização e/ou elaboração de 23 metodologias de inclusão e consequente envolvimento do doente na segurança dos cuidados de saúde. Identificaram-se assim: dezessete metodologias que permitem aos sistemas/instituições solicitar informação relevante que os doentes podem fornecer, dividindo-se em oito questionários ^{82,84,86,87,89,93,161}, cinco entrevistas ^{85,90,96-98} e quatro grupos focais ^{83,84,90,92}; Três métodos que visam a promoção da participação ativa dos doentes na segurança dos cuidados de saúde, nomeadamente dois vídeos ^{157,158} e um folheto informativo ¹⁰⁰; e três métodos de mobilização dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde quer através da disponibilização de um sistema de notificação de incidentes, para os doentes, que se verificou em dois estudos ^{86,159}, quer através da inclusão de associações de doentes na identificação de situações passíveis de melhoria, para aumentar a segurança dos doentes, que se verificou num estudo ⁹⁰

Itens selecionados a partir da revisão sistemática da literatura

Na tabela 11 são apresentados os itens selecionados a partir da revisão sistemática da literatura.

Tabela 11 - Itens selecionados a partir da revisão da literatura

Segurança na utilização de medicação
<ul style="list-style-type: none"> • Teve alguma reação alérgica devido à medicação, à alimentação, ao material hospitalar ou a algum tratamento que fez enquanto estava hospitalizado⁸⁸. • Deram-lhe medicação equivocada durante a sua hospitalização⁸⁸. • A medicação que me era prescrita estava sempre disponível⁸⁵. • Um médico mudou a minha medicação e os outros profissionais não sabiam⁸⁵; • Foram-lhe indicados os efeitos adversos que poderiam advir da medicação?
Higienização das mãos e prevenção de infeções
<ul style="list-style-type: none"> • O tratamento ocorreu num sítio limpo⁸²
Prevenção de quedas
<ul style="list-style-type: none"> • Teve alguma queda durante o internamento?⁸⁸
Prevenção de úlceras de pressão
<ul style="list-style-type: none"> • Surgiu-lhe alguma úlcera de pressão durante a sua permanência no hospital.⁸⁸ • Saber o que são úlceras de pressão¹⁶⁰ • O que pode fazer para prevenir o aparecimento de úlceras de pressão.¹⁶⁰

<ul style="list-style-type: none"> • Descrever fatores de risco para o aparecimento de úlceras de pressão¹⁶⁰
Segurança Cirúrgica
<ul style="list-style-type: none"> • Voltou a ser operado/a de forma imprevista depois de ter sido intervencionado cirurgicamente numa primeira ocasião durante a hospitalização⁸⁸ • No dia da cirurgia, as medidas tomadas para garantir a minha segurança foram-me explicadas por alguém.⁸⁴ • No dia da cirurgia, senti-me seguro/a por causa das ações que eu vi tomadas pela equipa cirúrgica.⁸⁴ • No dia anterior à cirurgia, senti-me confiante em relação à minha segurança.⁸⁴ • No dia da cirurgia, senti-me seguro/a quando vários membros da equipa cirúrgica me pediram que repetisse meu nome.⁸⁴ • Senti-me seguro/a quando vários membros da equipa cirúrgica me pediram que repetisse a minha data de nascimento.⁸⁴ • Senti-me seguro/a quando no dia da cirurgia me perguntaram sobre o tipo de procedimento que iria realizar.⁸⁴ • Senti-me seguro/a quando no dia da cirurgia me perguntaram sobre as minhas alergias.⁸⁴ • Durante a recuperação a equipa cirúrgica estava preocupada com a minha recuperação.⁸⁴
Comunicação com o doente e identificação inequívoca
<ul style="list-style-type: none"> • Foi confundido/a com outro/a doente durante a hospitalização⁸⁸. • Sabia a quem me dirigir para pedir informações sobre o meu estado e/ou tratamento⁸⁵. • Tinha sempre resposta às questões que fazia sobre o meu estado de saúde^{82,85}. • Sabia quem era o responsável pelo meu cuidado⁸⁵. • Diferentes profissionais deram-me diferentes informações sobre o meu estado de saúde^{82,85}. • Percebi que a informação que era transmitida sobre os meus cuidados entre os profissionais, era correta^{82,85}. • Os diferentes profissionais tinham sempre acesso a informação sobre a minha história clínica^{82,85}. • Como fui envolvido nas decisões sobre os meus cuidados e tratamentos^{82,85}. • Foi-lhe dado tempo suficiente para perguntar o que queria?⁹³ • Explicaram-lhe explicitamente todos os tratamentos e exames?^{82,93} • Todos os profissionais pareciam estar cientes sobre indicações de outros profissionais sobre o seu tratamento.^{82,93}
Identificação de incidentes
<ul style="list-style-type: none"> • Caiu, ou teve algum acidente durante a sua hospitalização⁸⁸. • Considera que sofreu algum incidente durante a sua permanência no hospital?⁸⁸. • Em pelo menos uma ocasião, um membro da equipe não pôde usar o equipamento necessário⁸⁵. • O equipamento necessário para os meus cuidados nem sempre estava a funcionar⁸⁵. • Teve algum incidente relacionado com o diagnóstico errado de alguma patologia?⁹³ • Teve algum incidente relacionado com a medicação prescrita ou administrada no seu Centro de Saúde?⁹³ • Teve algum incidente relacionado com tratamentos prescritos e/ou administrados no seu Centro de Saúde?⁹³ • Teve algum incidente relacionado com vacinas prescritas ou administradas no seu Centro de Saúde?⁹³ • Teve algum incidente relacionado com análises clínicas que lhe foram executadas ou prescritas no seu Centro de Saúde?⁹³ • Teve algum incidente com outros exames (ex: exames de radiologia) que lhe foram prescritos ou executados no seu Centro de Saúde?⁹³ • Teve algum incidente com a comunicação entre si e os diferentes profissionais do seu Centro de Saúde?⁹³ • Teve algum incidente relacionado com a comunicação e coordenação entre os profissionais de saúde no seu Centro de Saúde?⁹³ • Teve algum incidente relacionado com as suas marcações/agendamentos?⁹³

- Teve algum incidente relacionado com os seus registos? ⁹³
- Teve algum incidente relacionado com quedas no Centro de Saúde? ⁹³
- Teve algum incidente relacionado com o mobiliário do Centro de Saúde? ⁹³
- Quais os profissionais que relaciona com esse problema? ⁹³
- O profissional cometeu um erro quando lhe prescreveu medicação? ⁸²

6.2 – ENTREVISTAS SEMI-ESTRURADAS A DOENTES

6.2.1 – CONSTRUÇÃO DO GUIÃO PARA AS ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADAS

Após análise de instrumentos semelhantes identificados na análise da literatura, obteve-se uma primeira versão do guião, cujas perguntas se encontram na tabela 12.

Tabela 12 - Perguntas do guião das entrevistas semi-estruturadas, elaboradas a partir da literatura

<p>Caracterização do entrevistado</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nome b. Idade c. Sexo d. Frequência com que visita Unidades de Saúde (Hospitais/Centros de Saúde) <p>Corpo da entrevista</p> <p>1. Gostaria de saber, através da sua experiência nas diferentes Unidades de Saúde (Centro de Saúde/hospitais), qual a sua opinião sobre a segurança do doente Propostas (a serem utilizadas somente se necessário):</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que significa para si o termo “segurança do doente”? • Que tipos de problema de segurança do doente podem ocorrer? • Porque ocorrem problemas de segurança do doente? • Já sofreu ou conhece alguém que já tenha sofrido um problema de segurança do doente durante a sua utilização de cuidados de saúde primários? <p>2. Agora gostaria que recordasse algum aspeto relacionado com a segurança do doente. Propostas (a serem utilizadas somente se necessário):</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que aconteceu e como aconteceu? • Porque pensa que aconteceu? • Quais considera serem os momentos-chave, em que podem acontecer problemas de segurança do doente? <p>3. Perante as situações por si relatadas, o que se pode fazer para que não ocorram? Propostas (a serem utilizadas somente se necessário):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considera que melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e entre estes e os doentes, podem evitar incidentes de segurança? • Os pacientes devem ser uma parte integrante no processo de melhoria da segurança do doente nos cuidados de saúde primários? • Os incidentes devem ser comunicados, registados e estudados? • Os profissionais devem ser responsabilizados pelos incidentes de segurança do doente? • Quer fazer alguma sugestão para tentar evitar estas ocorrências?

Este guião foi submetido à técnica de *Delphi* adaptada, e contou com a participação de seis presidentes e/ou representantes de associações de doentes. As perguntas que constam na versão final do guião para as entrevistas semi-estruturadas resultam desta técnica.

Para se chegar a um consenso entre todos os participantes, foram necessárias apenas duas rondas, sendo que as perguntas selecionadas para o guião são as apresentadas na tabela 13.

Tabela 13 - Perguntas do guião para as entrevistas semi-estruturadas

<p>A. Caracterização do entrevistado</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Idade 2. Sexo 3. Frequência com que visita Unidades de Saúde (Hospitais/Centros de Saúde) <p>B. Corpo da entrevista</p> <p>4. Gostaria de saber, através da sua experiência nas diferentes Unidades de Saúde (Centro de Saúde/hospitais), qual a sua opinião sobre a segurança do doente Propostas (a serem utilizadas somente se necessário):</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que significa para si o termo “segurança do doente”? • Que tipos de problema de segurança do doente podem ocorrer? Ex: Quedas; erros na medicação; infeções cruzadas; “escaras” (úlceras de pressão); • Porque ocorrem problemas de segurança do doente? • Já sofreu ou conhece alguém que já tenha sofrido um problema de segurança do doente durante a sua utilização de cuidados de saúde primários? <p>5. Agora gostaria que recordasse algum aspeto relacionado com a segurança do doente. Propostas (a serem utilizadas somente se necessário):</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que ocorreu? • Como ocorreu? • Por que considera que aconteceu? • Quais considera serem os momentos-chave, que podem ocasionar a ocorrência de problemas de segurança do doente? <p>6. Perante situações como as que relata, o que podemos fazer para que não ocorram? Propostas (a serem utilizadas somente se necessário):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considera que melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e entre estes e os doentes, podem evitar incidentes de segurança do doente? • Os pacientes devem ser uma parte integrante no processo de melhoria da segurança do doente nos cuidados de saúde primários? • Os incidentes devem ser comunicados, registados e estudados? • Os profissionais devem ser responsabilizados pelos incidentes de segurança do doente? • Quer fazer alguma sugestão para tentar evitar estas ocorrências?
--

6.2.2 – RESULTADOS DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

A tabela 14 apresenta uma caracterização dos participantes nas entrevistas. Nela podemos verificar que nestas os participantes estavam distribuídos equitativamente em relação ao género e que haviam representantes de todas as faixas etárias.

Tabela 14 - Caracterização dos participantes nas entrevistas

	Nº de participantes
Total de participantes	16
Sexo	
Feminino	8
Masculino	8
Idade	
18-29	4
30-44	3
45-64	3
65-80	4
>80	2
Frequência com que visita uma US	
Menos de 1 vez por ano	3
Entre 1 e 3 vezes ano	4
Entre 4 e 10 vezes ano	6
1 vez por mês	3
Mais de uma vez por mês	0

Na tabela 15, é apresentada a frequência com que os participantes abordaram temáticas e problemas relacionados com cada uma das áreas pré-definidas, bem como exemplos da forma como os abordaram. A área “identificação de incidentes de segurança” não foi contabilizada, uma vez que muitas das vezes que os participantes mencionavam fatos relacionados com as outras áreas, se referiam a incidentes que aconteceram, ou poderiam acontecer.

Tabela 15 - Frequência com que as áreas foram mencionadas e exemplo de como foram mencionadas

Área	Nº de vezes mencionado	Exemplo de abordagens à dimensão
Segurança na utilização de medicação	8	<p>“Tomo tantos medicamentos que às vezes baralho-me nos que devo tomar” (<i>Feminino 86anos</i>)</p> <p>“Quando estive internado, os medicamentos os soros e essas coisas que me davam, não me diziam para que servia nada” (<i>Masculino, 56 anos</i>)</p>
Higienização das mãos e prevenção de infeções	18	<p>“Estamos ali na sala de espera e há tanta gente a tossir, e nem têm máscara nem nada” (<i>Feminino, 39 anos</i>)</p> <p>“Aqui nos corredores e nas salas de espera deviam haver coisas para podermos desinfetar as mãos” (<i>Feminino, 18 anos</i>)</p> <p>“Nas salas de espera dos hospitais há sempre muita gente a tossir e a maioria nem tosse para um lenço, nem nada” (<i>Feminino, 66anos</i>)</p>

Prevenção de quedas	15	<p>“Ainda agora estava ali na sala de espera e uma senhora ia sentar-se na cadeira ao lado da minha. A cadeira tinha as pernas todas tortas e a senhora ia caindo” (<i>Feminino, 26 anos</i>)</p> <p>“O pavimento deste centro de saúde está cheio de buracos nas tijoleiras, e não é o mais adequado pois quando está a chover torna-se muito escorregadio e as pessoas mais velhas, como eu podem escorregar” (<i>Feminino, 73 anos</i>)</p> <p>“Quando estive internado no hospital, quando me comecei a levantar tinha de descer da cama por um degrau de madeira, porque a cama era alta de mais, se para mim até era fácil uma pessoa mais velha pode mesmo cair” (<i>Masculino, 25 anos</i>)</p>
Prevenção de úlceras de pressão	2	<p>“Úlceras de pressão? O que é isso?” (<i>Masculino, 61 anos</i>)</p> <p>“A minha mãe, antes de falecer, esteve algum tempo acamada e eu e os meus irmãos é que cuidávamos dela, logo depois de um tempo começaram a aparecer escaras! Depois é que numa visita os enfermeiros nos ensinaram o que devíamos fazer para não aparecerem mais...” (<i>Feminino, 51 anos</i>)</p>
Segurança Cirúrgica	5	<p>“A minha mãe quando fez uma cirurgia apanhou uma infeção e teve de ser novamente operada” (<i>Feminino, 26 anos</i>)</p> <p>“Quando acordei da anestesia lembro-me de me sentir muito mal estava a pensar que o que estava a sentir era porque a operação tinha corrido mal” (<i>Masculino, 30 anos</i>)</p>
Comunicação com o doente e identificação inequívoca	26	<p>“Muitas vezes não percebo o que o meu médico me diz, além de ter uma má pronúncia fala muito rápido” (<i>Masculino, 79 anos</i>)</p> <p>“A maior parte do tempo da consulta o meu médico está a olhar para o computador” (<i>Masculino, 73 anos</i>)</p> <p>“Às vezes pergunto coisas, mas depois não percebo nada do que me respondem” (<i>Masculino, 79 anos</i>)</p>

As transcrições das entrevistas semi-estruturadas foram analisadas do ponto de vista temático, tendo resultado em 25 itens, que são apresentados na tabela 16.

Tabela 16 - Itens desenvolvidos a partir das entrevistas

Segurança na utilização de medicação
<ul style="list-style-type: none"> • Sei exatamente toda a medicação que estou a tomar. • Sempre que me receitam um novo medicamento, explicam-me para que serve, como deve ser tomado e a que horas. • Foi-me dito o que era e para que servia, toda a medicação que me foi dada enquanto estava internado (a). • Quando vou a uma Unidade de Saúde, costumo levar uma lista com toda a medicação que estou a tomar
Higienização das mãos e prevenção de infeções
<ul style="list-style-type: none"> • Há solução alcoólica disponível, para os doentes desinfetarem as mãos.

<ul style="list-style-type: none"> • Há informação exposta sobre como se deve proceder a higienização das mãos. • Considero que os profissionais fazem uma correta higienização das mãos. • Há informação exposta e visível sobre como é que os doentes devem agir caso estejam com tosse. • Os doentes são informados, caso estejam com tosse, como devem agir.
Prevenção de quedas
<ul style="list-style-type: none"> • O chão da Unidade não escorrega e está em bom estado de conservação. • O mobiliário está colocado de uma forma adequada para evitar quedas. • Os degraus ou saliências estão identificados de uma forma visível. • Sempre que necessitei de ajuda para me mover ou deslocar, ela foi-me dada num prazo razoável de tempo.
Prevenção de úlceras de pressão
<ul style="list-style-type: none"> • Fui informado sobre o que eram úlceras de pressão (escaras). • Foram-me indicados procedimentos para evitar o aparecimento de úlceras de pressão. • Foram-me indicados os fatores de risco para o aparecimento de úlceras de pressão.
Segurança Cirúrgica
<ul style="list-style-type: none"> • Recebi informação sobre a cirurgia (operação) antes de a realizar. • Sabia o que porque me desenharam marcas no sítio onde ia ser operado. • Recebi informação sobre como me poderia sentir depois da cirurgia, antes de a realizar. • Recebi informação sobre consequências que poderiam advir da cirurgia e da anestesia.
Comunicação com o doente e identificação inequívoca
<ul style="list-style-type: none"> • Explicam-me de forma esclarecedora as dúvidas que exponho sobre informação que me transmitem. • Percebo sempre o que os profissionais de saúde me transmitem. • Tenho à-vontade para expor as minhas dúvidas aos profissionais de saúde- • Os profissionais de saúde mostram disponibilidade para me explicarem de forma mais simples o que não percebi. • Sinto que recebo a atenção necessária por parte dos profissionais de saúde

6.3 - ORDENAR E ADEQUAR SEMANTICAMENTE OS ITENS AO DESENHO DO QUESTIONÁRIO

A tabela 17, demonstra os itens selecionados pelo grupo de peritos, para a primeira versão do questionário ParticipaS e conseqüentemente a sua redação e adaptação para a segunda versão, bem como a divisão dos mesmos pelas quatro dimensões do questionário.

Tabela 17 - Itens selecionados na 1ª e 2ª versão do questionário

1ª versão ParticipaS	2ª versão ParticipaS
Itens Ambulatório/Geral	
Foram-me indicados os efeitos adversos que poderiam advir da medicação.	Sou devidamente informado/a dos efeitos secundários, que podem ocorrer como consequência da medicação que me é prescrita ou receitada
Considero que os profissionais fazem uma correta higienização das mãos.	Os profissionais desta unidade de saúde procedem à lavagem e/ou higienização das mãos, adequadamente
Há solução alcoólica disponível, para os doentes desinfetarem as mãos.	Há solução alcoólica disponível para os doentes, acompanhantes e visitantes desinfetarem as mãos
Sempre que me receitam um novo medicamento, explicam-me para que serve, como deve ser tomado e a que horas.	Sempre que me é receitado um medicamento explicam-me claramente como o devo tomar (quantidade, horário e duração do tratamento).

Os doentes são informados, caso estejam com tosse, como devem agir.	Os doentes e acompanhantes são ensinados como tossir, quando solicitar máscara, qual a distância de quem tosse ou espirra, para que não haja contágio
O chão da Unidade não escorrega e está em bom estado de conservação	O chão da Unidade é antiderrapante, está em bom estado de conservação, os degraus estão assinalados para que ninguém caia
Fui confundido/a com outro/a doente durante a hospitalização.	Sempre que entro em contacto com um profissional de saúde, antes da realização de qualquer ato, este confirma sempre a minha identidade, com pelo menos dois dados da minha identificação (ex: o primeiro e último nome; data de nascimento, nº de utente)
Percebo sempre o que os profissionais de saúde me transmitem.	Compreendo toda a informação que os profissionais desta unidade me transmitem
Itens internamento	
Há informação exposta sobre como se deve proceder a higienização das mãos.	Nesta Unidade há indicações visíveis para os doentes e visitantes, ensinando quando se deve proceder à lavagem/higienização das mãos
Fui informado sobre o que eram úlceras de pressão (escaras).	Foi-me explicado o que eram úlceras de pressão (escaras) e o que deveria fazer para evitá-las
Foram-me indicados procedimentos para evitar o aparecimento de úlceras de pressão.	Quando tive alta hospitalar, foram-me dadas as indicações e os materiais necessários para dar continuidade aos cuidados e para a prevenção de feridas.
	Sempre que me era administrada medicação, ou realizados alguns exames, os profissionais confirmavam a minha identidade com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: o primeiro e último nome; data de nascimento, nº de utente, etc)
Foi-me dito o que era e para que servia, toda a medicação que me foi dada enquanto estava internado (a).	Era sempre informado/a para que servia a medicação que me era administrada, bem como os seus possíveis efeitos secundários
Sempre que necessitei de ajuda para me mover ou deslocar, ela foi-me dada num tempo razoável.	Sempre que solicitava, auxiliavam-me na mobilização
Itens cirurgia	
Recebi informação sobre a cirurgia (operação) antes de a realizar.	Recebi informação sobre todo o procedimento cirúrgico, antes da cirurgia (operação)
Recebi informação sobre consequências que poderiam advir da cirurgia e da anestesia.	Recebi informação sobre as consequências que o procedimento cirúrgico poderia implicar
No dia da cirurgia, senti-me seguro/a quando vários membros da equipa cirúrgica me pediram que repetisse meu nome. Senti-me seguro/a quando vários membros da equipa cirúrgica me pediram que repetisse a minha data de nascimento. Senti-me seguro/a quando no dia da cirurgia me perguntaram sobre o tipo de procedimento que iria realizar.	Confirmaram comigo, antes da cirurgia, a minha identificação, perguntando o meu nome e data de nascimento, bem como o procedimento cirúrgico (operação) que iria realizar
Sabia o que porque me desenharam marcas no sítio onde ia ser operado.	Confirmaram comigo a marcação do local cirúrgico (desenhar uma marca sobre ou perto do local a interencionar)
Identificação de incidentes de segurança	
Considerando apenas os cuidados de saúde recebidos nesta Unidade de saúde, acredita já ter sofrido algum dos seguintes incidentes de segurança?	Já sofri incidentes nesta Unidade de Saúde, relacionados com:
Incidentes relacionados com a medicação	Medicação

Deram-me medicação equivocada durante o meu internamento	Tratamentos
Incidentes relacionados com tratamentos prescritos e/ou administrados nesta Unidade de Saúde	Exames (ex: análises, Raio-X, TAC, etc.)
Incidentes relacionados com quedas	Quedas
Incidentes relacionados com o aparecimento de úlceras de pressão durante a permanência nesta Unidade de Saúde	Úlceras de pressão (escaras)
Já tive uma infeção durante a permanência nesta Unidade, ou provocada por essa permanência	Infeções na sequência dos cuidados de saúde (ex: durante ou após um internamento, após uma cirurgia ou um tratamento etc.)
Tive de ser operado inesperadamente, depois de ter sido operado	Cirurgias/Operações

6.4 – VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO E VERIFICAÇÃO DA FIABILIDADE

Técnica de Grupo Focal

O grupo focal foi composto por quatro representantes de associações de doentes (dois do sexo feminino e dois do sexo masculino) e quatro profissionais de saúde com experiência na área da segurança dos cuidados de saúde (três do sexo feminino e um do sexo masculino). Todos os participantes tinham idade compreendida entre 45 e 67 anos.

As principais constatações feitas pelo grupo sobre o questionário, bem como as suas sugestões foram redigidas pelo redator presente na reunião (grupo focal) e encontram-se sumarizadas na tabela 18, onde estão expostos os itens em que o grupo sugeriu alterações, bem como as constatações que consideravam para justificar a alteração do respetivo item.

Tabela 18 - Constatações sobre diferentes itens do questionário e propostas de alteração

Constatações sobre os itens	Sugestões de alteração
	- Acrescentar definições (solução alcoólica, inequívocos, mobilização, procedimento cirúrgico, local cirúrgico);
Dimensão 1 – Ambulatório/Geral	
Sou devidamente informado/a dos efeitos secundários, que podem ocorrer como consequência da medicação que me é prescrita ou receitada. Termo “prescrita” é demasiado técnico.	- Sou devidamente informado/a dos efeitos secundários, que podem ocorrer como consequência, da medicação que me é receitada.
Os profissionais desta unidade de saúde procedem à lavagem e/ou higienização das mãos, adequadamente. O doentes podem não perceber se os profissionais procedem de forma adequada ou não, mas conseguem perceber se procedem ou não à lavagem e/ou desinfeção das mãos	- Os profissionais desta unidade de saúde procedem à lavagem e/ou higienização das mãos.
- Há solução alcoólica disponível para os doentes, acompanhantes e visitantes desinfetarem as mãos	- Está disponível solução alcoólica para os doentes, acompanhantes e visitantes desinfetarem as mãos.

-Os doentes e acompanhantes são ensinados como tossir, quando solicitar máscara, qual a distância de quem tosse ou espirra, para que não haja contágio. “O termo ensinados pode ser constrangedor”	-Os doentes e acompanhantes recebem informação de como devem tossir, quando devem pedir uma máscara e a que distância se devem manter de quem tosse ou espirra, para que não haja contágio.
-O chão da Unidade é antiderrapante, está em bom estado de conservação, os degraus estão assinalados para que ninguém caia. “trocar antiderrapante por não escorregar, para ser mais perceptível”	-O chão da Unidade não escorrega, está em bom estado de conservação, os degraus estão assinalados para que ninguém caia.
-Sempre que entro em contacto com um profissional de saúde, antes da realização de qualquer ato, este confirma sempre a minha identidade, com pelo menos dois dados da minha identificação (ex: o primeiro e último nome; data de nascimento, nº de utente). “Frase confusa”	- Os profissionais de saúde, antes da realização de qualquer ato, confirmam sempre a minha identidade, com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: perguntaram-me o nome completo e a data de nascimento).
Compreendo toda a informação que os profissionais desta unidade me transmitem	Esclarecem-me sempre que tenho dúvidas sobre a informação que me é transmitida.
Dimensão 2 – Internamento	
Nesta Unidade há indicações visíveis para os doentes e visitantes, ensinando quando se deve proceder à lavagem/higienização das mãos “Deve dizer-se o tipo de indicações”	(Não chegou a ser proposta nenhuma alteração, pois como não houve ideias de melhoria, o grupo decidiu não fazer nenhuma proposta?)
Quando tive alta hospitalar, foram-me dadas as indicações e os materiais necessários para dar continuidade aos cuidados e para a prevenção de feridas. “Manter as palavras utilizadas no item anterior, úlceras de pressão (escaras)”	Quando tive alta hospitalar, explicaram-me os cuidados a ter e que materiais utilizar para prevenir as úlceras de pressão (escaras).
Sempre que me era administrada medicação, ou realizados alguns exames, os profissionais confirmavam a minha identidade com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: o primeiro e último nome; data de nascimento, nº de utente, etc)	Sempre que me davam medicação ou eram realizados exames, os profissionais confirmavam a minha identidade com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: perguntaram-me o nome completo e data de nascimento).
Era sempre informado/a para que servia a medicação que me era administrada, bem como os seus possíveis efeitos secundários	Informaram-me para que serviam os medicamentos e se tinham efeitos secundários.
Sempre que solicitava, auxiliavam-me na mobilização “É aconselhável dizer o que se entende por mobilização”	Sempre que necessitei, ajudaram-me na mobilização (ex.: a levantar, a andar, a ir à casa de banho).
Dimensão 3 – Cirurgia	
Recebi informação sobre todo o procedimento cirúrgico, antes da cirurgia (operação) “a expressão procedimento cirúrgico pode ser confuso”	Recebi informação sobre a cirurgia/operação antes de a realizar.
Recebi informação sobre as consequências que o procedimento cirúrgico poderia implicar	Recebi informação sobre as consequências que a cirurgia/operação poderia trazer.
Confirmaram comigo, antes da cirurgia, a minha identificação, perguntando o meu nome e data de nascimento, bem como o procedimento cirúrgico (operação) que iria realizar	Antes da cirurgia/operação confirmaram comigo a minha identificação, perguntando o meu nome e data de nascimento, bem como a operação/cirurgia que iria realizar.
Confirmaram comigo a marcação do local cirúrgico (desenhar uma marca sobre ou perto do local a intervir) “Deve dar-se exemplos de marcações que são utilizadas”	Confirmaram comigo a marcação do local a operar e desenharam uma marca com uma caneta (exemplos de marcações do local a operar: X; O; ➔).
Dimensão 4 – Identificação de Incidentes	
Os elementos do grupo concordaram que a pergunta era explícita e adequada ao contexto do questionário.	

Pré-teste

Neste pré-teste foi analisada a consistência interna do questionário ParticipaS (3ª e última versão) utilizando o Alfa de *Cronbach* que apresentou um valor de 0,8, sendo que para o seu cálculo apenas foi considerado um n=8, uma vez que para o cálculo do Alfa de *Cronbach* têm de ser removidos os valores omissos e as respostas “não sei”.

Assim, faz sentido calcular a confiabilidade interna para cada uma das dimensões do questionário, sendo o valor do Alfa de *Cronbach* de cada dimensão, apresentado na tabela 19. Para a dimensão 4, foi calculado o Índice de Kuder-Richardson, que permite constatar a confiabilidade de variáveis dicotômicas

Tabela 19 - Valores do Alfa de *Cronbach*, para cada uma das dimensões do questionário

Dimensão	Nº de itens	Alfa de <i>Cronbach</i>
1 (n=28)	8	0,793
2 (n=14)	6	0,799
3 (n=12)	4	0,854
4 (n=30)	7	0,804*
Total (n=8)	18	0,8

*Índice de Kuder-Richardson

Nesta tabela 19, pode-se constatar que todas as dimensões apresentam uma boa fiabilidade interna ¹⁴⁸.

6.5 – PILOTAGEM DO QUESTIONÁRIO

Toda a análise estatística executada no tratamento dos dados deste estudo-piloto, foi feita com recurso ao *software* IBM SPSS Statistics versão 22.0, R e e *VassarStats: Website for Statistical Computation*.

6.5.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Neste estudo-piloto do questionário ParticipaS, obteve-se uma amostra total de 660 participantes. Nas oito US onde foi aplicado, obteve-se um número de participantes superior ao da amostra mínima definida. A tabela 20, apresenta a distribuição da amostra pelas oito US

Tabela 20 - Dimensão da amostra por Unidade de Saúde

Unidade de Saúde	n	%
Unidade A	132	20.0%
Unidade B	155	23.5%
Unidade C	176	26.7%
Unidade D	47	7.1%
Unidade E	43	6.5%
Unidade F	54	8.2%
Unidade G	24	3.6%
Unidade H	29	4.4%
TOTAL	660	100%

A amostra é composta por mais doentes do género feminino (57,7%) do que do género masculino (40,5%). Apenas 2% dos participantes não respondeu a esta questão, como se pode ver no Gráfico 8.

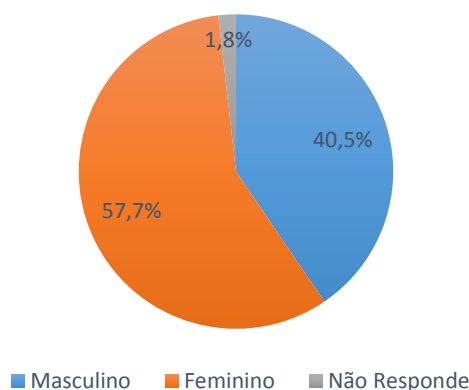


Gráfico 1- Distribuição da amostra por género

No que diz respeito à idade, verifica-se que os participantes neste estudo piloto variam entre os 18 e 91 anos, e apresentam uma média de idades de 54,7 anos com σ de 16,7 anos.

No que concerne à escolaridade, os respondentes têm maioritariamente um nível de escolaridade igual ou inferior ao 12º ano (27.8%), com apenas 21,4% dos participantes com um nível de escolaridade de licenciatura, mestrado e/ou doutoramento. Apenas 1,4% dos respondentes, não responde a esta questão (Gráfico 2).

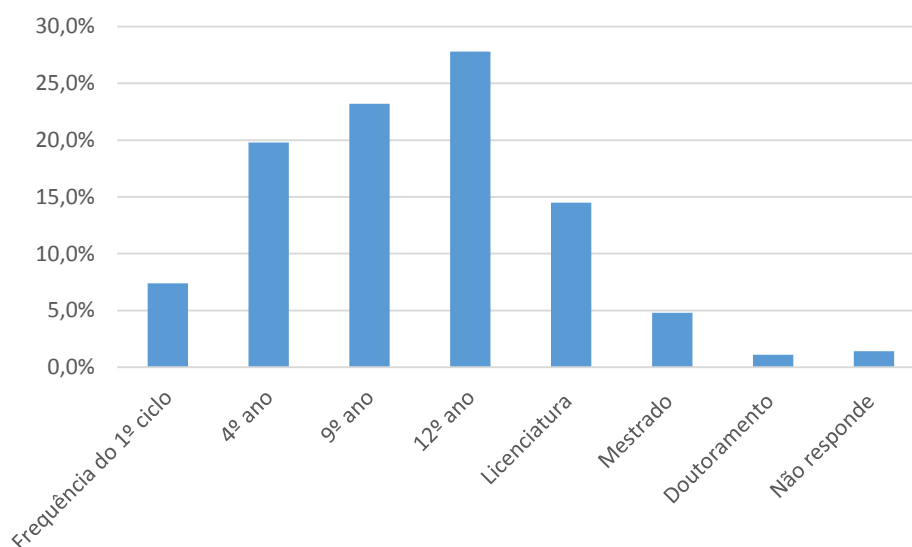


Gráfico 2 - Níveis de Escolaridade da amostra

Em relação à situação profissional, mais de 40% dos participantes encontram-se numa situação profissional ativa (42%), e 36% reformados. Cerca de 6% dos participantes não respondeu a esta questão, como se pode ver no Gráfico 3.

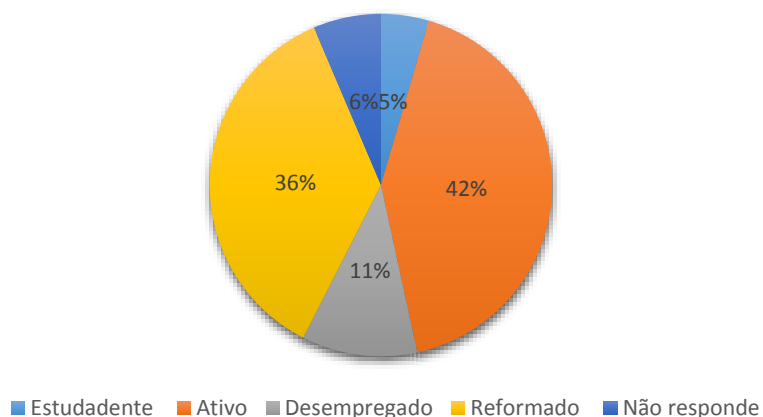


Gráfico 3 - Situação profissional dos participantes

Alguns dos participantes não responderam à questão sobre ser portador de doença crónica (7,7%), no entanto, entre os que responderam há uma distribuição semelhante entre portadores e não portadores de doença crónica, no entanto, a percentagem de portadores (46,5%) é superior à percentagem de não portadores (45,8%), como é possível constatar no Gráfico 4

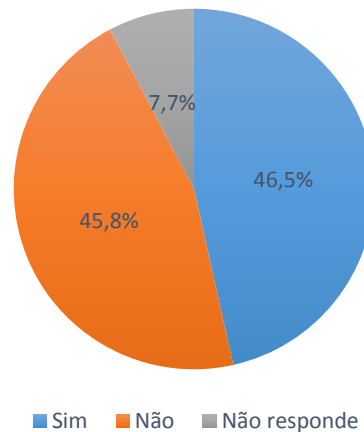


Gráfico 4 - Portadores de doença crónica, na amostra

6.5.2 – ANÁLISE DA CONFIABILIDADE E VALIDADE DO QUESTIONÁRIO PARTICIPAS

I - Limpeza dos dados e pré-análise

A base de dados inicial é constituída por 660 respondentes. Para a análise da fiabilidade interna e validade, os valores omissos foram removidos item a item ou por construto. Para a validação do inquérito foi realizada uma limpeza da base de dados que consistiu em remover todos os valores omissos e as respostas “não sei/não se aplica” obtendo-se uma base de dados final de 98 respondentes

II - Fiabilidade

Primariamente analisou-se a fiabilidade do questionário ParticipaS, do ponto de vista global, passando depois para uma análise item a item.

a) Análise da fiabilidade de forma global

Na tabela 21, apresentam-se os valores obtidos para o α de *Cronbach* e AICC. Os itens que compõem a *dimensão 4 - Incidentes* são de escala nominal e dicotómicos, pelo que foi utilizado o índice de Kuder-Richardson.

Tabela 21 - α de *Cronbach* e AICC

Dimensão	Nº de itens	Alfa de <i>Cronbach</i>	AICC
1 (n=429)	8	0,801	0,346
2 (n=200)	6	0,823	0,446
3 (n=200)	4	0,840	0,609
4 (n=561)	7	0,795*	**
Total (n=92)	18	0,871	

*Índice *Kuder-Richarson* ** Não é possível calcular o AICC para itens dicotómicos

Pela análise do Alfa de *Cronbach* todas as dimensões apresentam boa fiabilidade interna. A partir da análise da AICC, a *dimensão 3 – Cirurgia* revela que poderá existir redundância de itens. Nesse sentido, obteve-se a matriz de correlações entre os itens desta dimensão, onde se observou que os itens 8a e 8b apresentaram um valor da correlação considerável ($r=0,786$).

b) Análise da Fiabilidade Item a Item

A tabela 22, apresenta o coeficiente de determinação R^2 , os valores *deleted item reliability coefficients* (DIRC) que correspondem ao valor do alfa de *Cronbach* se o item é removido e a correlação Item-Total Corrigida (CITC).

Tabela 22 - Coeficiente de Determinação (R^2), *deleted item reliability coefficients* (DIRC), corrected item-total correlation (CITC)

Item	R^2	DIRC	CITC
6a	0,318	0,782	0,501
6b	0,280	0,782	0,495
6c	0,378	0,766	0,597
6d	0,274	0,787	0,449
6e	0,275	0,785	0,501
6f	0,305	0,775	0,530
6g	0,275	0,779	0,509
6h	0,361	0,771	0,579
7a	0,306	0,817	0,483
7b	0,584	0,781	0,664
7c	0,581	0,784	0,651

7d	0,465	0,785	0,645
7e	0,410	0,791	0,612
7f	0,381	0,808	0,546
8a	0,678	0,773	0,750
8b	0,653	0,766	0,749
8c	0,568	0,778	0,737
8d	0,324	0,884	0,555

Da análise dos valores da CITC pode dizer-se que nenhum item deve ser removido. A análise dos R^2 também vai ao encontro do atrás descrito. De acordo com a análise dos valores do alfa de *Cronbach* apenas a remoção do item 8d contribui para o aumento do alfa de *Cronbach*.

III - Validação do modelo do questionário ParticipaS

A normalidade dos itens foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (*sk*) e de curtose (*ku*). Nenhuma variável apresentou valores se *sk* e *ku* indicadores de violações severas à normalidade ($|sk| < 3$ e $|ku| < 10$).

Para a validação do questionário ParticipaS, tal como foi mencionado na “Limpeza de dados e pré-análise” foi considerada uma amostra de dimensão $n=98$, e obtiveram-se os seguintes valores para os índices de validação: $\chi^2/df=1,36$; CFI=0.992; GFI=0.976; TLI=0.990; PGFI=0.638, PCFI=0.992; RMSEA=0.061; valor_p=0.206; IC a 90% RMSEA [0.036;0.082]).

6.5.3 – ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PILOTAGEM DO QUESTIONÁRIO PARTICIPAS

I – Análise descritiva dos resultados

a) Identificação das áreas prioritárias de intervenção

Considerando que um dos objetivos a que este trabalho se propôs, foi a identificação de áreas prioritárias de intervenção na segurança dos cuidados de saúde, baseando-se na “visão” dos doentes, analisaram-se os itens das três dimensões (*dimensão 1 – Ambulatório/Geral; dimensão 2 – Internamento; dimensão 3 – Cirurgia*), em que os

participantes avaliam aspetos relacionados com áreas prioritárias de intervenção em serviços com diferentes tipologias, e constatar os itens que apresentam maior percentagem de desacordo. Deste modo identificaram-se as áreas prioritárias nas quais a intervenção seria mais premente, segundo os doentes, da amostra global do estudo-piloto nas oito US. Para a análise das áreas prioritárias das dimensões 1, 2 e 3, agregaram-se as repostas “Sempre/Frequentemente”, e “Raramente/Nunca”, representado o acordo e desacordo respetivamente. Os itens que apresentem maior percentagem de doentes em desacordo são aqueles que os participantes/doentes consideram que devem ser alvo de uma intervenção prioritária.

No gráfico 5, são apresentadas as percentagens de participantes que responderam de forma concordante (“Sempre/Frequentemente”) e discordante (“raramente/nunca”) em cada um dos itens da *dimensão 1 – Ambulatório/Geral*.

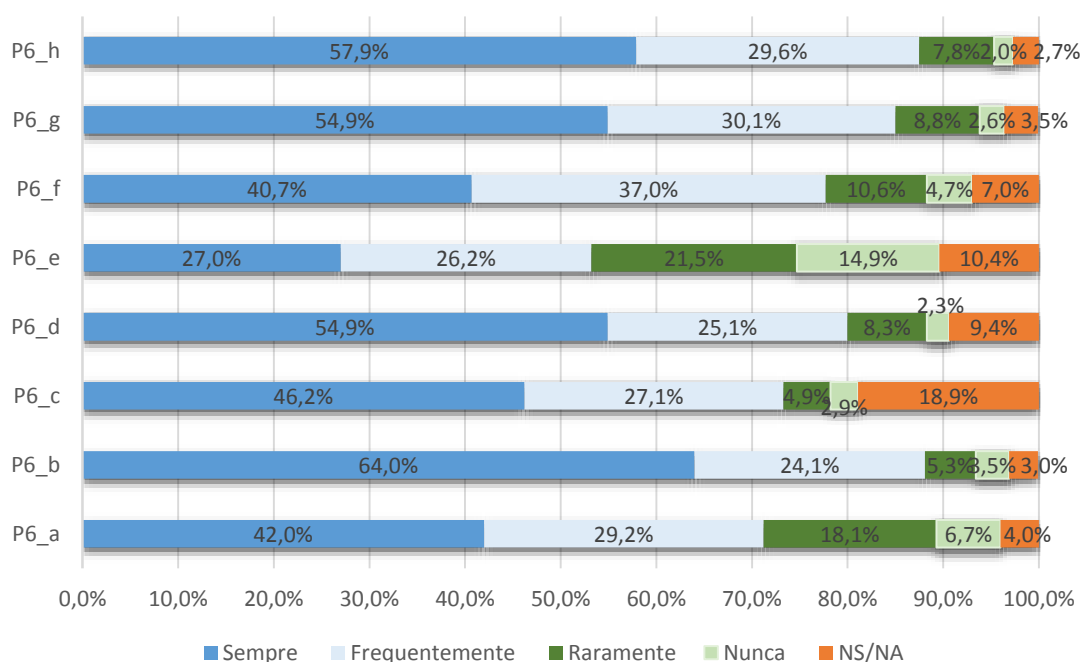


Gráfico 5 - Frequência de distribuição dos itens da dimensão 2

Neste gráfico pode-se constatar que todos os itens da *dimensão 1 – Ambulatório/Geral* apresentaram uma percentagem de concordância com as afirmações (percentagem de respostas “Sempre/Frequentemente”) superior a 50%. No entanto, um dos itens, nomeadamente o P6_e (Os doentes e acompanhantes recebem informação acerca da forma como devem tossir, quando devem pedir uma máscara e a que distância se devem manter de quem tosse ou espirra, para que não haja contágio), apresentou uma maior

distribuição das respostas, sendo que apenas apresentou uma percentagem de concordância de 53.2%, havendo mesmo 15% dos respondentes que consideraram que este item nunca se verificava, deixando espaço para a introdução de melhorias.

O Gráfico 6, demonstra as frequências de distribuição de cada um dos itens que englobam a *dimensão 2 – Internamento*

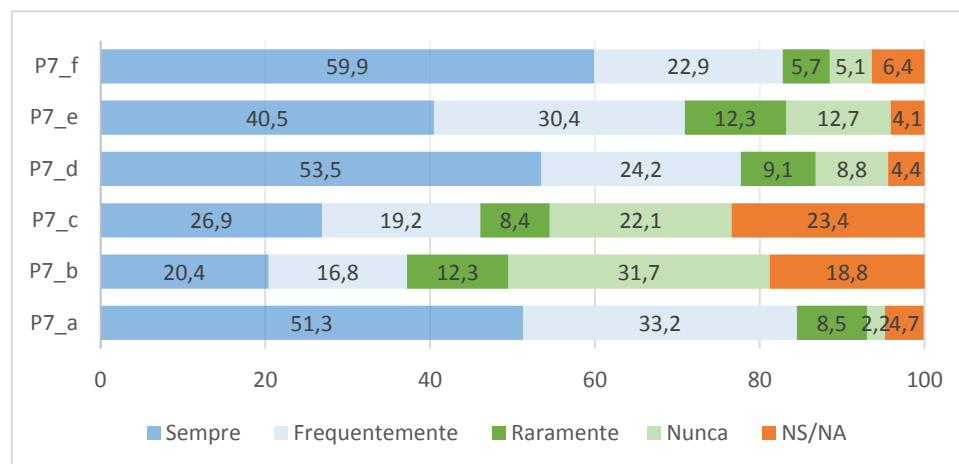


Gráfico 6 - Frequência de distribuição dos itens da dimensão 2

Neste gráfico pode-se constatar que dois dos itens da *dimensão 2 – Internamento* (P7_b e P7_c) não apresentaram uma percentagem de concordância com as afirmações (percentagem de respostas “Sempre/Frequentemente”) superior a 50%. Sendo que o Item P7_b apresentou uma percentagem de discordância (44%) superior à de concordância (37.2%).

Assim na ótica dos participantes, as temáticas dos itens P7_b (Foi-me explicado o que eram úlceras de pressão [escaras] e o que deveria fazer para evitá-las) e P7_c (Quando tive alta hospitalar, explicaram-me os cuidados a ter e que materiais utilizar para prevenir as úlceras de pressão [escaras]), seriam as que necessitam de intervenção mais pronta nos serviços de internamento.

O Gráfico 7, demonstra as frequências de distribuição de cada um dos itens que englobam a *dimensão 3 – Cirurgia*.

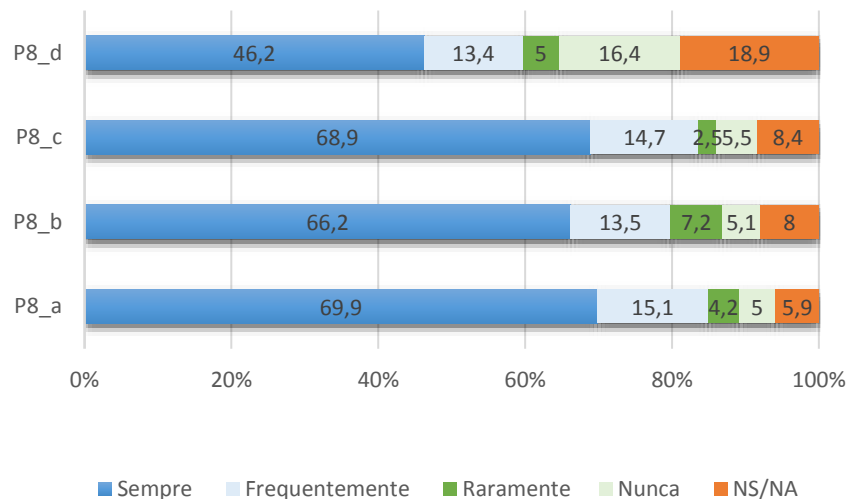


Gráfico 7 - Frequência de distribuição dos itens da dimensão 3

Neste gráfico pode-se constatar que todos os itens da *dimensão 3 – Cirurgia* apresentaram uma percentagem de concordância com as afirmações (percentagem de respostas “Sempre/Frequentemente”) superior a 50%. No entanto, um dos itens, nomeadamente o P8_d (Confirmaram comigo a marcação do local a operar e desenharam uma marca com uma caneta [exemplos de marcações do local a operar: X; O; ➔]) apresentou uma maior distribuição das respostas, sendo que apenas apresentou uma concordância de 59.8%, havendo mesmo 16.4% dos respondentes que consideraram que este item nunca se verifica.

Assim, na ótica dos participantes esta temática seria a prioritária para intervenção, em serviços de cirurgia, na perspetiva da melhoria da segurança dos cuidados de saúde.

b) Análise descritiva da dimensão 4 – Incidentes de Segurança

Nos 660 participantes neste estudo-piloto, 183 (cerca de 27,7%) dizem já ter sofrido pelo menos um incidente de segurança numa US.

Os 183 participantes, referiram ter sofrido um total de 264 incidentes de segurança nas diferentes temáticas.

No Gráfico 8, apresenta-se o número de participantes que dizem ter sofrido incidentes nas diferentes temáticas.

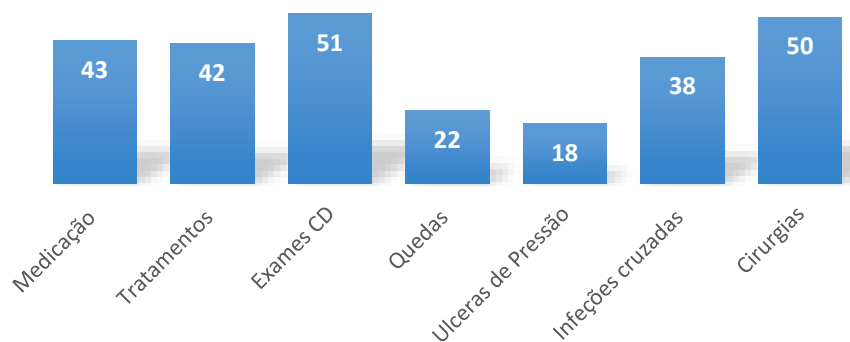


Gráfico 8 - Distribuição dos incidentes identificados pelos participantes

Pode assim verificar-se, que os incidentes com exames complementares de diagnóstico e com cirurgias foram os identificados com maior frequência pelos participantes, com respetivamente 51 e 50 incidentes ocorridos. Foram identificados menos incidentes no aparecimento de úlcera de pressão (n=18).

II – Relação entre as características sociodemográficas e as dimensões 3, 4 e 5 do questionário

Considerando um dos objetivos deste estudo-piloto, nomeadamente identificar possíveis diferenças entre os doentes na identificação de oportunidades de melhoria e/ou áreas prioritárias de intervenção na segurança dos cuidados de saúde tendo em conta a idade, nível de escolaridade e serem ou não portadores de doença crónica, almejou-se constatar se alguma das características sociodemográficas influenciava positiva ou negativamente a concordância com os itens das dimensões 3, 4 e 5.

Neste sentido, verificou-se se existia de alguma correlação entre estas características sociodemográficas dos participantes e os itens das dimensões 3, 4 e 5 do questionário ParticipaS.

- **Correlação entre idade e itens das dimensões 3, 4 e 5**

A partir do coeficiente de correlação de *Spearman* obtiveram-se valores compreendidos entre -0.189 e 0.015, revelando que não existe correlação entre os itens das dimensões 3, 4 e 5 e a idade.

- **Correlação entre sexo e itens das dimensões 3, 4 e 5**

Aplicou-se o coeficiente Kendal-Tau-b e obtiveram-se valores compreendidos entre - 0.069 e 0.087, revelando que não existe correlação entre o género e os itens das dimensões 3, 4 e 5.

- **Correlação entre escolaridade e itens das dimensões 3, 4 e 5**

A partir do coeficiente de correlação de *spearman* obtiveram-se valores compreendidos entre 0.054 e 0.230, revelando que não existe correlação entre os itens das dimensões 3, 4 e 5 e a escolaridade.

- **Correlação entre doença crónica e itens das dimensões 3, 4 e 5**

Aplicou-se o coeficiente *Kendal-Tau-b* e obtiveram-se valores compreendidos entre - 0.049 e 0.192, revelando que não existe correlação entre doença crónica e os itens das dimensões 3, 4 e 5.

III - Comparação da proporção de respostas discordantes entre respondentes que dizem já ter sofrido pelo menos um incidente de segurança e os que referiram nunca ter sofrido um incidente de segurança

Pretendeu-se verificar se existe uma diferença significativa na percentagem de desconcordância com os itens das dimensões 3,4 e 5, entre os participantes que na dimensão 6 dizem já ter sofrido pelo menos um tipo de incidente de segurança e os participantes que indicaram nessa dimensão nunca terem sofrido um incidente de segurança.

Assim, procedeu-se à comparação entre os participantes que responderam que sofreram pelos menos um incidente (grupo B) e os que referiram não ter sofrido um incidente de segurança (grupo A) relativamente à opção de resposta “raramente” ou “nunca” (discordância com os itens).

Tabela 23 - Comparação da proporção de respostas discordantes entre os Grupos A e B.

Questão	Proporção de respostas no Grupo A	Proporção de respostas no Grupo B	Valor-p
6 ^a	96/434	43/130	0.011 *
6b	22/438	22/132	<0.001 *

6c	26/380	20/107	<0.001*
6d	41/408	18/119	0.122
6e	141/402	66/125	<0.001*
6f	61/430	24/121	0.129
6g	36/441	24/129	<0.001*
6h	27/442	20/129	<0.001*
7a	20/193	9/74	0.672
7b	75/155	41/67	0.079
7c	53/148	27/62	0.292
7d	26/191	21/79	0.011*
7e	42/192	28/80	0.024*
7f	17/184	13/80	0.099
8a	6/138	10/63	-----**
8b	11/137	13/58	0.005*
8c	5/135	11/60	<0.001*
8d	25/119	42/172	0.497

*Diferenças significativas **Não se verificam condições de aplicabilidade

Na tabela 23 pode constar-se que dez dos dezoito itens das dimensões 1, 2 e 3 apresentam uma diferença significativa na proporção de respostas discordantes (“raramente” e “nunca”) entre o grupo de respondentes que dizem já ter sofrido pelo menos um incidente de segurança e o grupo de respondentes que referiu nunca ter sofrido um incidente de segurança. Sendo que, o grupo que referiu já ter sofrido pelo menos um incidente de segurança, apresenta proporções de respostas discordantes mais elevadas.

Mesmo nos oito itens em cuja diferença entre os dois grupos não é significativa, a proporção de respostas discordantes é sempre maior no grupo que referiu já ter sofrido pelo menos um incidente de segurança.

VI – DISCUSSÃO

Discussão metodológica

No decurso deste trabalho de investigação foi construído o questionário ParticipaS, que visa conhecer a perceção dos doentes quanto á segurança dos cuidados de saúde, incorporando-os assim na identificação de oportunidades de melhoria e/ou áreas prioritárias de intervenção.

A literatura identifica três tipos de modelos de promoção da participação dos doentes na melhoria da segurança dos cuidados de saúde^{16,24}: Mobilização dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde; Promoção da participação ativa dos doentes na melhoria da segurança dos cuidados de saúde; e Solicitação e utilização de informação relevante.

O questionário ParticipaS é assim uma forma de solicitação e utilização de informação por parte dos doentes, que utiliza uma metodologia quantitativa para incluir a perceção dos doentes na melhoria da segurança dos cuidados de saúde.

Na literatura, identificaram-se estudos conduzidos em diversos países (Inglaterra, EUA, Austrália e Espanha) que visaram também a elaboração e/ou aplicação de ferramentas desta tipologia, que pretenderam solicitar aos doentes informação sobre a segurança dos cuidados de saúde⁸²⁻⁸⁹.

O questionário ParticipaS, dividiu-se em quatro dimensões (*dimensão 1 – Ambulatório/Geral; dimensão 2 – Internamento; dimensão 3 – Cirurgia; dimensão 4 – Identificação de Incidentes*), que permitiram aferir a perceção dos doentes sobre seis temáticas prioritárias definidas para esta ferramenta tendo em conta os objetivos do Plano Nacional para a Segurança do Doente¹¹² (que identifica claramente áreas prioritárias de intervenção para a melhoria da segurança dos cuidados) e, acrescentando uma sétima temática, que contemplou a identificação por parte dos doentes de possíveis incidentes de segurança sofridos. Assim, este questionário permitiu aferir a perceção do doente na totalidade das US portuguesas.

Constata-se que todos os modelos adotados a nível internacional, e identificados na literatura, tiveram como âmbito de aplicação serviços específicos de uma determinada US Hospitalar (cirurgia⁸⁴, internamento^{85,86,88}) ou Unidades de cuidados de saúde primários^{82,83,87,89}, ao contrário do questionário ParticipaS.

Analisando todos os instrumentos encontrados na literatura não se discerne uma estrutura temática comum, que pudesse servir de fio condutor para a construção de instrumentos que pretendam obter a percepção dos doentes sobre a melhoria da segurança dos cuidados de saúde.

Há no entanto duas temáticas que são comuns entre alguns destes instrumentos e com o questionário ParticipaS, nomeadamente a “Comunicação com o doente”^{82,83,85,88} e a “Identificação de incidentes de segurança”^{82,83,85,88}.

No que concerne às sete temáticas prioritárias que compõem o questionário ParticipaS, verifica-se que um dos questionários identificados na literatura possuía itens onde abordava seis destas temáticas⁸⁸ (Segurança da utilização de Medicação; Prevenção de quedas; Prevenção de úlceras de pressão; Segurança Cirúrgica; Comunicação com o doente e identificação inequívoca; e identificação de incidentes), no entanto, em quatro destas temáticas fazia esta abordagem num único item na dimensão de “identificação de incidentes” de forma a perceber se aconteceram “problemas” durante o internamento relacionados com estas temáticas.

Apenas se encontraram referências a duas das áreas temáticas do Questionário ParticipaS (“Prevenção de quedas” e a “Higienização das mãos e prevenção de infeções”) neste questionário⁸⁸, sendo que ambas foram abordadas num único item, na perspetiva de verificar se ocorreram incidentes de segurança com ela relacionados.

Pudemos identificar ainda duas outras áreas temáticas consideradas prioritárias que são abordadas no questionário ParticipaS, e que se encontram citadas em questionários identificados na literatura consultada. Estes instrumentos foram desenvolvidos precisamente com o propósito de promover especificamente a participação dos doentes nessas temáticas, nomeadamente a “Prevenção de úlceras de pressão”¹⁶⁰ e a “Segurança Cirúrgica”⁸⁴.

Comparando a estrutura temática do questionário ParticipaS com a de outros questionários que visam incluir a percepção dos doentes na melhoria dos cuidados de saúde, pudemos compreender que há uma temática comum a vários destes questionários^{82,83,85,88}, que não foi incluída no ParticipaS, nomeadamente a ligada às “expectativas do doente”.

Considerou-se no processo metodológico de elaboração do ParticipaS, que a inclusão de itens relacionados com as “expetativas dos doentes” poderia abordar temáticas relacionadas com a “Satisfação dos doentes”, que é avaliada através de instrumentos específicos. Poder-se-ia assim retirar o foco do instrumento - conhecer a perceção dos doentes sobre a segurança dos cuidados de saúde - e através desta perceção identificar oportunidades de melhoria e/ou áreas prioritárias de intervenção para a segurança dos cuidados de saúde.

Neste sentido, optou-se por uma estrutura temática cujos itens identificassem claramente áreas prioritárias da segurança dos cuidados de saúde e cuja avaliação não dependesse diretamente de expetativas, mas sim de experiência vivida.

No sentido de averiguar a adaptabilidade do modelo adotado para o questionário ParticipaS, à realidade das US Hospitalares de Portugal, através da verificação da sua fiabilidade interna e da A, executou-se uma pilotagem deste questionário

A pilotagem foi feita através da aplicação do questionário a uma amostra de 660 doentes, utilizando-se a técnica de amostragem não probabilística por quotas, da população de oito US distribuídas por diversas áreas geográficas de Portugal Continental.

Nos estudos que relatam a elaboração e validação de instrumentos semelhantes, que utilizam a pilotagem do questionário para aferir a sua validade e confiabilidade^{83,86-89}, três deles também utilizam um método de amostragem por conveniência⁸⁶⁻⁸⁸, sendo em dois deles a amostra mais pequena^{86,88} do que a utilizada na validação do questionário ParticipaS.

Quanto às características dos inquiridos (660) realce-se que, na sua maioria, foram mulheres (57,7%), apresentando uma média de idade de 54,7 anos com σ de 16,7 anos, tendo a maioria dos inquiridos nível de ensino entre o 9º ano e o secundário (51%) e sendo profissionalmente ativos (42%). Havendo uma maior percentagem que respondeu que era portador de doença crónica (46,5%) do que não portador de doença crónica (45,8%). Estes dados são bastante sobreponíveis aos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE)¹⁶² sobre a população portuguesa e com outros estudos realizados na área da saúde em Portugal^{70,163,164}.

A amostra deste estudo piloto apresenta no entanto, uma percentagem mais elevada de participantes que dizem possuir uma doença crónica, em relação aos dados do INE¹⁶², o

que se poderá justificar pelo facto de este questionário ser aplicado a doentes que se encontram em US. Pode então dizer-se, que a amostra apresenta características sociodemográficas semelhantes às encontradas em estudos semelhantes na população portuguesa.

Todas as dimensões do questionário ParticipaS apresentaram, pela análise do valor do Alfa de Cronbach, um boa consistência interna ¹⁶⁵, no entanto, a partir da análise da AIIC, a *dimensão 3 – Cirurgia* evidenciava que poderia haver redundância de itens. Nesse sentido, obteve-se a matriz de correlações entre os itens desta dimensão, onde se observou que os itens 8a e 8b apresentaram um valor da correlação considerável ($r=0,786$).

Verificando a fiabilidade item a item, constatou-se que de acordo com a análise dos valores do alfa de Cronbach, apenas a remoção do item 8d contribui para o aumento do desta estatística (embora seja um aumento muito reduzido). No entanto, a partir da análise dos valores da CITC e da análise dos R^2 pode dizer-se que nenhum item deve ser removido.

Desta forma, embora existam pequenas incongruências, pode-se alegar que o questionário ParticipaS apresentou bons resultados para os testes de confiabilidade interna, bem como um bom ajustamento global, apresentando também bons valores de ajustamento local ^{147,148}.

A dimensão da amostra utilizada para calcular os índices de validação foi relativamente pequena (de 98 participantes numa amostra total de 660), devido às características do questionário ParticipaS, cujas perguntas não dependem da resposta às perguntas anteriores e que dependem de características dos doentes (por exemplo um doente que nunca fez uma cirurgia, não responde a essa dimensão, mas podia responder às que se seguem, no entanto esse questionário não seria utilizado para esta validação). Ou seja, o questionário tem várias questões que não são obrigatórias.

Obtiveram-se nesta amostra, os seguintes valores nestes índices de validação: $\chi^2/df=1,36$; CFI=0.992; GFI=0.976; TLI=0.990; PGFI=0.638, PCFI=0.992; RMSEA=0.061; valor_p=0.206; IC a 90% RMSEA [0.036;0.082]. A análise destes valores indica que o modelo do questionário ParticipaS apresenta um bom ajustamento global face à amostra do estudo ¹⁵⁰⁻¹⁵².

Discussão dos resultados

Dos 18 itens que constituem as dimensões 1, 2 e 3 do questionário ParticipaS, ou seja, aquelas dimensões em que os participantes avaliaram o grau de concordância com os itens (que representavam seis temáticas prioritárias), verificou-se que quatro itens apresentaram valores de discordância que nos levaram a refletir.

Assim, os itens que apresentaram percentagens mais baixas de concordância (que os participantes responderam Sempre/Frequentemente) foram o P7_b (Foi-me explicado o que eram úlceras de pressão [escaras] e o que deveria fazer para evitá-las), o P7_c (Quando tive alta hospitalar, explicaram-me os cuidados a ter e que materiais utilizar para prevenir as úlceras de pressão [escaras]), o P6_e (Os doentes e acompanhantes recebem informação acerca da forma como devem tossir, quando devem pedir uma máscara e a que distância se devem manter de quem tosse ou espirra, para que não haja contágio) e o P8_d (Confirmaram comigo a marcação do local a operar e desenharam uma marca com uma caneta (exemplos de marcações do local a operar: X; O; ➔) com percentagens de concordância de 37,2%, 46,1%, 53,2% e 59,8% respetivamente.

Estes quatro itens representaram, na ótica dos doentes, as oportunidades de melhoria mais prementes para a segurança dos cuidados de saúde nestas oito US, sendo que estes quatro itens correspondem a três das temáticas prioritárias, nomeadamente “Prevenção de úlceras de pressão”, “Higienização das mãos e prevenção de infeções” e “Segurança Cirúrgica.

Considerando que os dois itens com percentagem de concordância mais baixa correspondiam a itens da mesma temática, poder-se-ia considerar que a intervenção nesta temática (prevenção de úlceras de pressão) é essencial para evitar possíveis incidentes para os doentes nestas US.

Atualmente em Portugal a Orientação 017/2011 da DGS define que se *deve proceder à avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do*¹⁶⁶, a mesma orientação no anexo IV indica que deve ser feita a educação das pessoas em risco bem como dos cuidadores e familiares.

Num estudo, em que se aplicou um questionário de participação dos doente somente direcionado a prevenção de úlceras de pressão¹⁶⁰, concluiu-se que para garantir uma participação bem sucedida na prevenção de úlceras de pressão, os doentes necessitam de

ter formação sobre a temática durante o seu internamento (mesmo que apresentem baixos riscos), de forma a conhecerem a problemática e aumentar o seu nível de Literacia em Saúde. Os profissionais de saúde devem identificar a capacidade e motivação do doente para prevenir as úlceras de pressão e trabalhar em parceria com os doentes para que estes adiram à prevenção dessas lesões ¹⁶⁰.

Na *dimensão 4 – Incidentes de segurança* constata-se, que cerca de 27,7% dizem já ter sofrido pelo menos um incidente de segurança numa US, algo superior aos resultados de estudos encontrados na literatura que contêm perguntas semelhantes ^{83,88}, no entanto, estes estudos são dirigidos a cuidados específicos (Serviços de internamento e cuidados de saúde primários) serviços específicos, enquanto este estudo assume uma abordagem mais generalista.

As duas temáticas em que um maior número de participantes refere ter sofrido pelo menos um incidente, foi com exames complementares de diagnóstico e com cirurgias, com respetivamente 51 e 50 incidentes ocorridos.

Este tipo de informação é importante para que as US possam fazer um mapeamento dos incidentes de segurança e de acordo com a avaliação de risco, proceder a um escalonamento de prioridades de intervenção.

Estes valores são também complementares aos de outro estudo realizado em US de Portugal¹⁸, que apresenta a taxa de incidência de eventos adversos nessa unidade, baseando-se na interpretação de notas de alta.

Nesta pilotagem do questionário ParticipaS não se observou a existência de correlação entre qualquer das variáveis sociodemográficas (Género, Idade, Nível de Escolaridade e Ser ou não portador de doença crónica) e o grau de concordância com os itens do questionário.

No que concerne ao género, estes resultados corroboram o indicado em alguma bibliografia sobre a participação do doente^{62,167,168}, embora exista bibliografia que defenda que as mulheres estão mais dispostas a participar na tomada de decisão ^{61,169,170}. Sendo que em relação à idade, a bibliografia encontrada define os doentes mais idosos, com estando menos dispostos a participar na tomada de decisão, independentemente de outros fatores ^{39,51,62}.

Através dos valores obtidos no teste de hipóteses para a diferença de proporções entre duas amostras independentes, onde se comparou o grupo dos respondentes que afirmaram ter sofrido pelo menos um incidente e os que referiram não ter sofrido um incidente de segurança, relativamente à discordância com os itens (responderam “raramente/nunca”), pode-se constatar que na maioria dos itens (dez) há uma diferença significativa entre os dois grupos, sendo que o grupo dos que afirmaram ter sofrido pelo menos um incidente de segurança apresentam uma maior proporção de discordância.

Assim, pode afirmar-se que os doentes que já sofreram incidentes de segurança dos cuidados de saúde têm uma perceção mais negativa da segurança dos cuidados de saúde.

Esta perceção dos doentes que já sofreram incidentes de segurança dos cuidados pode ser aproveitada, para com base na experiência pela qual esses doentes passaram, ajudar ao aumento do conhecimento e do nível de literacia para a segurança dos cuidados da comunidade em que se encontram inseridos, vindo assim estes dados corroborar o que é a base para alguns programas já implementados a nível mundial, como o *Patient for patient Safety*¹⁷¹ da WHO ou o Patient for Patient Safety – Canada¹⁷².

VII – CONCLUSÃO

A participação dos doentes na melhoria da segurança dos cuidados de saúde deve ser encarada pelos sistemas e instituições de saúde, como uma estratégia para a promoção da segurança dos cuidados de saúde, bem como para a prevenção e redução da ocorrência de eventos adversos.

Atendendo às características de cada forma específica de participação dos doentes na melhoria da segurança dos cuidados de saúde, em sistemas que ainda não exista o hábito da integração do doente na melhoria da segurança dos cuidados, faz sentido dar início ao processo de integração, utilizando uma estratégia de solicitação aos doentes de informação sobre os cuidados que lhes são prestados, permitindo obter a perceção que os doentes têm da segurança dos cuidados de saúde prestados no serviço ou unidade que frequentam e assim, identificar oportunidades de melhoria/áreas prioritárias de intervenção.

Neste tipo de forma de participação dos doentes, o instrumento mais simples de aplicar, como menores custos e que pode trazer um maior aporte de informação aos sistemas, é o questionário. Este tipo de estratégias não necessita da mobilização dos doentes para a segurança dos cuidados de saúde e podem ser respondidas por pessoas que não tenham um elevado nível de literacia para a segurança dos cuidados.

No entanto, para uma promoção efetiva da participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde, estas estratégias devem ser utilizadas em conjunto com outras formas de participação dos doentes, nomeadamente estratégias de promoção da participação ativa dos doentes, que visem aumentar o nível de literacia dos doentes nesta área.

A participação dos doentes na melhoria da segurança dos cuidados de saúde não deve ser uma estratégia isolada devendo ser complementar, por exemplo, à cultura de segurança do doente nas instituições de saúde, para que a melhoria da segurança dos cuidados de saúde ocorra de forma integrada.

Com este estudo criou-se um instrumento (questionário ParticipaS: Participação dos Doentes na Segurança dos Cuidados de Saúde) que permite aos doentes participarem na identificação de problemas e/ou áreas prioritárias de intervenção na segurança dos cuidados de saúde.

O questionário ParticipaS permite assim enquadrar de forma efetiva a perceção do doente na melhoria da segurança dos cuidados de saúde, sendo adaptável a Unidades de Saúde com diferentes tipologias.

Este questionário é constituído por cinco questões sociodemográficas e quatro dimensões, que perfazem um total de 25 itens. Para a sua elaboração seguiu-se um procedimento metodológico constituído por cinco etapas: Revisão de instrumentos semelhantes; Entrevistas semi-estruturadas a doentes; Construção do questionário; Validação do conteúdo de verificação da fiabilidade; e Pilotagem do questionário.

Através da pilotagem do questionário numa amostra de seiscentos e sessenta participantes de oito Unidades de Saúde de diferentes áreas geográficas de Portugal Continental pode constatar-se através da análise da fiabilidade interna e da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) que o questionário se encontra adaptado à realidade portuguesa.

Numa futura aplicação do questionário ParticipaS, seria interessante aplica-lo em conjunto com uma ferramenta que permitisse aferir o nível de Literacia dos doentes, para assim constatar se esta poderá ser uma limitação para a perceção que os doentes têm da segurança dos cuidados de saúde.

Seria também interessante que em futuras aplicações o questionário ParticipaS fosse aplicado numa amostra representativa de uma US, para que se possam localizar oportunidades de melhoria/áreas prioritárias para intervenção na segurança dos cuidados de saúde, segundo a perceção dos doentes. Permitindo também comparar estes resultados por exemplo com os resultados da cultura interna de Segurança do Doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saturno PJ. Cómo definimos calidad. opciones y características de los diversos enfoques y su importancia para los programas de gestión de la calidad. Man del Master em gestão la Calid en los serviços salud. 2ª Ed. Universidad de Murcia; 2008. p. 0–213.
2. Henarejos AB. El informe del usuario como instrumento para evaluar calidad percibida y científico-técnica en Fisioterapia [Internet]. Universidad de Murcia; 2007 [cited 2017 Dec 3]. Available from: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/31761/TABMH.pdf?sequence=1>
3. Eiras M. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia. 2011.
4. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática [Internet]. 1ª edição. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2013. Available from: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf
5. Donabedian A. Special article : The quality of care : How can it be assessed? JAMA [Internet]. 1988 [cited 2017 Dec 3];260(12):1743–1748. Available from: http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf PMID: 3045356
6. Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A Case for Action [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2008 [cited 2017 Dec 3]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf
7. Saturno PJ, Imperatori E CA. Evaluación de la Calidad Asisten1. Saturno PJ, Imperatori E CA. Evaluación de la Calidad Asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica: Diseño de Proyectos. Madrid; 1990. cial en Atención Primaria. Experiencias en el. Madrid; 1990.
8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. The Measurement mandate : on the road to performance improvement in health care.

- The Commission; 1993. PMID: 1582006
9. World Health Organization. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2006 [cited 2017 Dec 2];267:1–50. Available from: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf PMID: 1556794
 10. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. Calidad y seguridad de los pacientes. *Gestión Sanit*. 2008. p. 16.
 11. Saturno PJ. Gestão da Qualidade: Conceito e componentes de um programa de Gestão da Qualidade. Man del Master em gestão la Calid en los serviços salud. 2^a ed. Universidad de Murcia; 2008.
 12. Saturno PJ. Estratégias de implementação dos programas internos, ciclo de melhoria da qualidade. Man del Master em gestão la Calid en los serviços salud. 2^a ed. Universidad de Murcia; 2008.
 13. Ciclos de Melhoria da Qualidade em Serviços de Saúde [Internet]. UFRN - Mestrado Profissional de Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde; [cited 2018 Sep 17]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=jVPZ1LyNyrM&t=6s>
 14. Matias JCO, Coelho DA. The integration of the standards systems of quality management, environmental management and occupational health and safety management. *Int J Prod Res* [Internet]. Taylor & Francis Group; 2002 Jan [cited 2018 Jun 16];40(15):3857–3866. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207540210155828> PMID: 8518148
 15. Larrañaga I, Soto-Gordoa M, Arrospide A, Jauregi ML, Millas J, San Vicente R, Aguirrebeña J, Mar J. Evaluación de la implementación de un programa integrado de atención a las enfermedades del aparato locomotor. *Reumatol Clin* [Internet]. Elsevier Doyma; 2017 Jul 1 [cited 2018 Jun 16];13(4):189–196. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X16300444>
 16. Deming WE. *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. ED.1. Ediciones Díaz de Santos, editor. 1989.

17. Vincent C. Patient safety. Wiley-Blackwell; 2010.
18. Sousa P, Sousa Uva A, Serranheira F, Leite E, Nunes C. Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública. 2011 [cited 2017 Dec 31]. Available from: https://www.ensp.unl.pt/invest-desenvolv-inov/projectos/brochura_estudo_ea2011.pdf
19. Sousa P, Uva AS, Serranheira F. Investigação e Inovação em Segurança do Paciente. Rev Port Saúde Pública [Internet]. 2010;10(10):89–95. Available from: <http://hdl.handle.net/10362/19760>
20. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Artmed; 2010.
21. World Health Organization., WHO Patient Safety. WHO patient safety research : better knowledge for safer care. 2009 [cited 2018 Jun 23];12 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70145/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. Qual Saf Heal Care [Internet]. 2010 [cited 2018 Jun 23];19(1):42–47. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/19/1/42.full.pdf> PMID: 20172882
23. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, America I of M (US). To Err Is Human [Internet]. To Err is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press (US); 2000 [cited 2017 Oct 7]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248> PMID: 25077248
24. Donaldson L. An organisation with a memory. Clin Med. 2002;2(5):452–457. PMID: 12448595
25. OMS - Prioridades mundiales para la investigación sobre seguridad del paciente. WHO [Internet]. World Health Organization; 2013 [cited 2018 Sep 19]; Available from: http://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/es/
26. Declaration L. Patient Safety : Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety [Internet]. Italian Journal of Public Health. 2005 [cited 2018 Jun 23]. Available from:

- https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
27. Williams S. Seven steps to patient safety: A route map to delivering a safer health care system in England & Wales. [cited 2018 Jun 23]; Available from: http://www.who.int/patientsafety/events/04/7_Williams.pdf
 28. Direção Geral da Saúde de Portugal. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório técnico Final. 2011;142.
 29. Oficial J, Europeu P, Europeu S, Econ D, Branco L, Europeu C. Recomendação do Conselho da Europa de 9 de Junho de 2009. 2009 p. 1–6.
 30. Maria C, Guerreiro F, Margalho F. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. 2015;2(2):197–205.
 31. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC de. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Rev Bras Epidemiol [Internet]. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2005 Dec [cited 2018 Jun 27];8(4):393–406. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000400008&lng=pt&tlng=pt
 32. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O’Beirne M, Palacios-Derflingher L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. Canadian Medical Association; 2004 May 25;170(11):1678–86. PMID: 15159366
 33. Comunidades D a S, Bruxelas E, Europeu DOP, Conselho DO. Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde [Internet]. 2013. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008DC0836&from=PT>
 34. Saturno PJ. A segurança do paciente integrada na gestão da qualidade. Man del Master em gestión la Calid en los serviços salud Módulo 6 Segur del paciente Unidad temática 34. Universidad de Murcia; 2008.
 35. Caetano Siqueira Silva D DA. Gestão de Riscos: “A importância da cultura da

- qualidade e da segurança do paciente nos sistemas de saúde” [Internet]. Programa de Pós-Graduação (Lato Sensu) MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção Hospitalar. Faculdade de Métodos de São Paulo; 2015 [cited 2018 Jun 26]. Available from: <http://www.ccih.med.br/wp-content/uploads/2015/12/Dayane-caetano.pdf>
36. Ministerio de Sanidad y Consumo E. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente [Internet]. MSC. 2008 [cited 2018 Jun 26]. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>
37. Pizzi L, Goldfarb NI, Nash DB. Procedures for obtaining informed consent. Making health care safer a Crit Anal patient Saf Pract [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001 [cited 2018 Jun 27]. p. 544–555. Available from: <https://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/pdf/chap48.pdf>
38. Wachter RM. Patient safety at ten: Unmistakable progress, troubling gaps. *Health Aff.* 2010;29(1):165–173. PMID: 19952010
39. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2010;85(1):53–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20042562> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2800278> PMID: 20042562
40. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2016;99(12):1923–1939. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026> PMID: 27450481
41. Patient Participation - MeSH - NCBI [Internet]. [cited 2018 Jun 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=patient+participation>
42. Groene O, and Niek Klazinga, Wagner C, Arah OA, Thompson A, Bruneau C, Suñol R. Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of

- care in European hospitals: the *Deepening our Understanding of Quality Improvement in Euro. BMC Heal Serv Res.* 2010;10(1):1–10.
43. Tritter JQ. Revolution or evolution: The challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Heal Expect.* 2009;12(3):275–287. PMID: 19754691
44. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the patient-physician relationship. *J Am Med Assoc.* 1992;267(September 1992):2221–2226. PMID: 1556799
45. Fudge N, Wolfe CDA, McKeivitt C. Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study. *BMJ [Internet].* 2008 [cited 2018 Jun 1];336(7639):313–317. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/336/7639/313.full.pdf> PMID: 18230646
46. Tempfer CB, Nowak P. Consumer participation and organizational development in health care: A systematic review [Internet]. *Wiener Klinische Wochenschrift.* 2011 [cited 2018 Jun 1]. p. 408–414. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00508-011-0008-x> PMID: 21739200
47. Taylor F, Gutteridge R, Willis C. Peer support for CKD patients and carers: Overcoming barriers and facilitating access. *Heal Expect [Internet].* 2016 [cited 2018 Jun 1];19(3):617–630. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4989470/pdf/HEX-19-617.pdf> PMID: 25649115
48. Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, Johnson S, Kendall T. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry [Internet].* BioMed Central; 2014 Dec 14 [cited 2018 Jun 1];14(1):39. Available from: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-39> PMID: 24528545
49. Chatzimarkakis J. Why patients should be more empowered: A European perspective on lessons learned in the management of diabetes [Internet]. *Journal of Diabetes Science and Technology.* SAGE Publications; 2010 [cited 2018 Jun 1]. p. 1570–1573. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/193229681000400634> PMID: 21129355

50. McAllister M, Dunn G, Payne K, Davies L, Todd C. Patient empowerment: the need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. BioMed Central; 2012 Jun 13 [cited 2018 Jun 1];12:157. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22694747> PMID: 22694747
51. Lantos JD. Do Patients Want to Participate in Decisions About Their Own Medical Care? *Am J Bioeth.* 2015;15(10):1–2.
52. Protheroe J, Nutbeam D, Rowlands G. Health literacy: A necessity for increasing participation in health care. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2009 [cited 2018 May 26];59(567):721–723. Available from: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/wales/8151255.stm> PMID: 19843420
53. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* [Internet]. 1998 [cited 2017 Oct 7];47(3):329–339. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698000598> PMID: 9681902
54. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med.* Springer; 2005 Jun;20(6):531–5. PMID: 15987329
55. Doherty C, Stavropoulou C. Social Science & Medicine Patients’ willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: A systematic literature review. *Soc Sci Med* [Internet]. Elsevier Ltd; 2012;75(2):257–263. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.056>
56. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. (Grounded theory research in Australia on nurses’ willingness to share decision-making powers with patients. 33 refs). *J Clin Nurs.* 2003;501–508.
57. Essink-Bot ML, Dekker E, Timmermans DRM, Uiters E, Fransen MP. Knowledge and Informed Decision-Making about Population-Based Colorectal Cancer Screening Participation in Groups with Low and Adequate Health Literacy. *Gastroenterol Res Pract.* 2016;2016. PMID: 27200089
58. Paige SR, Alber JM, Stellefson ML, Krieger JL. Missing the mark for patient

- engagement: MHealth literacy strategies and behavior change processes in smoking cessation apps. *Patient Educ Couns* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2017;101(5):951–955. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.11.006> PMID: 29153592
59. Poureslami I, Nimmon L, Rootman I, Fitzgerald MJ. Priorities for Action : Recommendations from an international roundtable on health literacy and chronic disease management. 2018;(February 2016):743–754.
60. Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, Nishigaki E, Fukui T, Shimbo T, Imanaka Y. Patients’ preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2004 [cited 2018 Jun 15];5:1–10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC375530/pdf/1471-2296-5-1.pdf> PMID: 15053839
61. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *JGenInternMed*. 2005;20(1525–1497 (Electronic)):531–535. PMID: 15987329
62. Mckinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* [Internet]. 2000 [cited 2018 Jun 15];321(7265):867–871. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27496/pdf/867.pdf> PMID: 11021866
63. Gordon HS, Street RL, Sharf BF, Soucek J. Racial differences in doctors’ information-giving and patients’ participation. *Cancer*. 2006;107(6):1313–1320. PMID: 16909424
64. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu HT, Powe NR, Nelson C, Ford DE. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *J Am Med Assoc* [Internet]. American Medical Association; 1999 Aug 11 [cited 2018 Jun 15];282(6):583–589. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.282.6.583> PMID: 10450723
65. Van Ryn M, Burgess D, Malat J, Griffin J. Physicians’ perceptions of patients’ social and behavioral characteristics and race disparities in treatment

- recommendations for men with coronary artery disease. *Am J Public Health* [Internet]. American Public Health Association; 2006 Feb [cited 2018 Jun 15];96(2):351–357. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16380577> PMID: 16380577
66. Vincent C, Furnham A. Complementary medicine: state of the evidence. *J R Soc Med* [Internet]. 1999 [cited 2018 Jun 15];92(4):170–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1297137/pdf/jrsocmed00010-0018.pdf> PMID: 10450192
67. Boon H, Westlake K, Deber R, Moineddin R. Problem-solving and decision-making preferences: No difference between complementary and alternative medicine users and non-users. *Complement Ther Med* [Internet]. 2005 [cited 2018 Jun 15];13(3):213–216. Available from: https://ac.els-cdn.com/S096522990500049X/1-s2.0-S096522990500049X-main.pdf?_tid=f3136bab-ea89-494b-943e-23cb77901d9e&acdnat=1529077271_1b393eae02c3d690fa8714206187695 PMID: 16150376
68. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. Health literacy: the solid facts. Copenhagen WHO Reg Off ... [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 15];7–8. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf PMID: 18228243
69. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*. 2009;54(5):303–305. PMID: 19641847
70. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saude Publica*. 2016;34(3):259–275.
71. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models [Internet]. *BMC Public Health*. 2012 [cited 2018 Jun 16]. p. 80. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-80> PMID: 22276600

72. Basagoiti I. Alfabetización en salud.: De la información a la acción. Valencia: ITACA/TSB; 2012.
73. Office of Disease Prevention and Health. National action plan to improve health literacy. Washington, DC Dep Heal Hum Serv. 2010;6–17.
74. Sheard L, O’Hara J, Armitage G, Wright J, Cocks K, McEachan R, Watt I, Lawton R. Evaluating the PRASE patient safety intervention - a multi-centre, cluster trial with a qualitative process evaluation: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 2016;17(1):605. Available from: <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/420> PMID: 25354689
75. Martin, Helle Max; Larsen J. Patient involvement in Patient Safety : A literature review about European primary care [Internet]. Health Services Research. 2012. Available from: <http://www.kora.dk/media/271600/dsi-3479.pdf>
76. Watt PII, Birks Y, Entwistle V, Gilbody S, Hall J, Mansell P, Peat M, Sheldon T, Williams B. A review of strategies to promote patient involvement, a study to explore patient’s views and attitudes and a pilot study to evaluate the acceptability of selected patient involvement strategies. *Patient Saf Res Program PS/034*. 2009;(May):766.
77. Saturno PJ. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calid Asist* [Internet]. Elsevier; 2009 Jun [cited 2017 Oct 7];24(3):124–130. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X09711418>
78. The Health Foundation, Woolf SH, Kuzel AJ, Dovey SM, Phillips RL. Involving patients in improving safety (Evidence scan). *Ann Fam Med* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 2];2(January):317–326. Available from: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/InvolvingPatientsInImprovingSafety.pdf> PMID: 15335130
79. Saturno P. Programas internos y externos. Niveles y responsabilidades en la gestión de la calidad de los sistemas de salud. Man del Master en Gestión la Calid en los Serv Salud - Módulo 2 Implant programas gestión la Calid en los Serv salud. Universidad de Murcia; 2012.
80. Saturno P. La Seguridad del Paciente integrada en la Gestión de la Calidad. Diseño

- y Monitorización de indicadores. In: Múrcia U de, editor. Man del Master em gestão la Calid en los serviços salud Módulo 6 Segur del paciente Unidad temática 34. 1ª Ed. 2008.
81. Davies E, Cleary PD. Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. *Qual Saf Heal Care*. 2005;14(6):428–432. PMID: 16326789
82. Hernan AL, Giles SJ, O'Hara JK, Fuller J, Johnson JK, Dunbar JA. Developing a primary care patient measure of safety (PC PMOS): a modified Delphi process and face validity testing. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016;25(4):273–280. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2015-004268> PMID: 26141502
83. Ricci-cabello I, Avery AJ. Measuring Patient Safety in Primary Care: The Development and Validation of the “Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care” (PREOS-PC). *Ann Fam Med*. 2016;14(3):253–261. PMID: 27184996
84. Dixon JL, Tillman MM, Wehbe-Janek H, Song J, Papaconstantinou HT. Patients' Perspectives of Surgical Safety: Do They Feel Safe? *Ochsner J* [Internet]. 2015;15(2):143–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4482555&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> PMID: 26130976
85. Giles SJ, Lawton RJ, Din I, McEachan RRC. Developing a patient measure of safety (PMOS). *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2013;22(7):554–562. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2012-000843> PMID: 23447658
86. Ward JK, McEachan RR, Lawton R, Armitage G, Watt I, Wright J. Patient involvement in patient safety: Protocol for developing an intervention using patient reports of organisational safety and patient incident reporting. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011;11(1):130. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-130> PMID: 21619575
87. Kistler CE, Walter LC, Mitchell CM, Sloane PD. Patient perceptions of mistakes

- in ambulatory care. *Arch Intern Med* [Internet]. 2010;170(16):1480–7. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77956923527&partnerID=tZOtx3y1> PMID: 20837835
88. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: Diseño y validación preliminar. *Inf Estud e Investig*. 2009;100.
89. Solberg LI, Asche SE, Averbek BM, Hayek AM, Schmitt KG, Lindquist TC, Carlson RR. Can patient safety be measured by surveys of patient experiences? *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2008;34(5):266–274. PMID: 18491690
90. Rodríguez MAP, Cerdá JCM, Suess A, Azarola AR, Terol E. Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. 2008;131(Supl 3):33–38.
91. Glitz B. The focus group technique in library research: an introduction. *Bull Med Libr Assoc* [Internet]. 1997 [cited 2018 May 9];85(4):385–390. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC226296/pdf/mlab00097-0075.pdf> PMID: 9431428
92. Carter SR, Moles R, White L, Chen TF. Exploring patients' motivation to participate in Australia's Home Medicines Review program. *Int J Clin Pharm*. 2012;34(4):658–666. PMID: 22674179
93. Ricci-Cabello I, Pons-Vigués M, Berenguera A, Pujol-Ribera E, Slight SP, Valderas JM. Patients' perceptions and experiences of patient safety in primary care in England. *Fam Pract*. 2016;33(5):535–542. PMID: 27312563
94. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 1995;311(6999):251–253. PMID: 7627048
95. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *Br Dent J* [Internet]. 2008 [cited 2018 May 9];204(6):291–295. Available from: <https://www.nature.com/articles/bdj.2008.192.pdf> PMID: 18356873
96. Hrisos S, Thomson R. Seeing It from Both Sides: Do Approaches to Involving Patients in Improving Their Safety Risk Damaging the Trust between Patients and Healthcare Professionals? An Interview Study. 2013;

97. Brown M, Frost R, Ko Y, Woosley R. Diagramming patients' views of root causes of adverse drug events in ambulatory care: An online tool for planning education and research. *Patient Educ Couns*. 2006;62(3):302–315. PMID: 16879943
98. Mctier L, Botti M, Duke M. Patient participation in medication safety during an acute care admission. *Heal Expect*. 2015;18(5):1744–1756. PMID: 24341439
99. 20 Tips To Help Prevent Medical Errors: Patient Fact Sheet | Agency for Healthcare Research & Quality [Internet]. [cited 2018 May 25]. Available from: <https://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/20tips/index.html>
100. Jangland E, Carlsson M, Lundgren E, Gunningberg L. The impact of an intervention to improve patient participation in a surgical care unit: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2011 [cited 2017 Oct 7];49:528–538. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911004214>
101. Five Questions to Ask about your Medications [Internet]. [cited 2018 May 24]. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/5-Questions-to-Ask-about-your-Medications/Pages/default.aspx>
102. Waiting Room Video | Agency for Healthcare Research & Quality [Internet]. [cited 2018 May 24]. Available from: <https://www.ahrq.gov/patients-consumers/patient-involvement/ask-your-doctor/videos/waitroom/index.html>
103. Canadian Patient Safety Institute [Internet]. [cited 2018 May 24]. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Pages/default.aspx>
104. Broderick J, Devine T, Langhans E, Lemerise AJ, Lier S, Harris L. Designing Health Literate Mobile Apps. 2014 [cited 2018 May 26];1–12. Available from: <https://health.gov/communication/literacy/BPH-HealthLiterateApps.pdf>
105. Davis S, Peters D, Calvo R, Sawyer S, Foster J, Smith L. “Kiss myAsthma”: Using a participatory design approach to develop a self-management app with young people with asthma. *J Asthma* [Internet]. 2017 Oct 24 [cited 2018 May 26];1–10. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02770903.2017.1388391>

106. Salud A de C del SN de. Red Ciudadana de Formadores en Seguridad del Paciente [Internet]. Available from: <http://formacion.seguridaddelpaciente.es/Quienes.aspx>
107. Gooden R, Syed SB, Rutter P, Dixon Hightower J, Kelley E. Building a community engagement approach for patient safety improvement. *Community Dev J* . 2013;
108. Unruh KT, Pratt W. Patients as actors: The patient's role in detecting, preventing, and recovering from medical errors. *Int J Med Inform* [Internet]. 2007 [cited 2018 May 25];76(SUPPL. 1):236–244. Available from: <http://faculty.washington.edu/wpratt/Publications/unruh-pratt-IJMI.pdf> PMID: 16829180
109. Health D of. NRLS Reporting [Internet]. NPSA. 2012 [cited 2018 Jun 28]. Available from: <https://report.nrls.nhs.uk/nrlsreporting/>
110. Home | Institute For Safe Medication Practices [Internet]. [cited 2018 Jun 28]. Available from: <https://www.ismp.org/>
111. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Portaria n.º 155/2009 de 10 de Fevereiro. *Diário da República* 2009 p. 878–881.
112. Despacho n.º 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal] [Internet]. *Diário da República* 2015 p. 4–9. Available from: <https://dre.pt/application/file/66457154>
113. Direção-Geral da Saúde [Internet]. [cited 2018 May 1]. Available from: <https://www.dgs.pt/?cr=26938>
114. Ferreira CM, Da G, Mendes S, Fausto F, Barroso M, De Segurança C. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários Promoting a Culture of Safety in Primary Health Care. 2014 [cited 2018 May 2];3(22):197–205. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
115. Santos M, Grilo M. Envolvimento do doente: desafios, estratégias e limites. Sousa P, Mendes W; *Segurança do paciente criando Organ saúde seguras*. 2014;(Osler 1937):159–86.
116. República A da. Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. *Diário da Republica* 1990 p. 3452–3459. PMID: 25246403

117. Despacho n.º 3482/2013. Ministério da Saúde [Internet]. Diário da República, 2.^a série - n.º 45 (05-03-2013) 2013 p. 8174–8175. Available from: <https://dre.pt/application/file/67318639>
118. Saúde M da. Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde [Internet]. 2017 p. 15407. Available from: www.dre.pt
119. Source I, Pelaez J. Research in Ambulatory Patient Safety: A 10-year review [Internet]. 2000. Available from: www.ama-assn.org/go/patientsafety.
120. Spencer R, Campbell SM. Tools for primary care patient safety: A narrative review [Internet]. BMC Family Practice. 2014 [cited 2018 Jul 24]. Available from: <http://www.spcr.nihr.ac.uk/> PMID: 25346425
121. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman AJ. Consumer perceptions of safety in hospitals [Internet]. BMC Public Health. 2006 [cited 2018 Jul 25]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/41> PMID: 16504067
122. Kothari C, Kumar R, Uusitalo O. Research Methodology [Internet]. New Age International. 2014 [cited 2018 May 2]. Available from: http://www.sociology.kpi.ua/wp-content/uploads/2014/06/Ranjit_Kumar-Research_Methodology_A_Step-by-Step_G.pdf PMID: 21697685
123. Alvira Martín F. Perspectiva cualitativa-perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica. Rev Española Investig [Internet]. 1983 [cited 2018 Jul 24];22, 53:53–75. Available from: http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS_022_05.pdf
124. Conde Gutiérrez F. Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina [Internet]. Revista Espanola de Salud Publica. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002 [cited 2018 Jul 24]. p. 395–408. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500003
125. Popay J. Investigación cualitativa e imaginación epidemiológica, una relación vital. Gac Sanit [Internet]. Ediciones Doyma, S.L.; 2003 [cited 2018 Jul 24];17:58–63. Available from: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000900008

126. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2014;23(1):183–184. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=en PMID: 24901784
127. Pope C, Mays N, Popay J. *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence*. 1ª ed. Open University Press; 2007.
128. Wright J, Giovinazzo R. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesqui em Adm* [Internet]. 2000 [cited 2018 Jul 8];1:54–65. Available from: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1310202/mod_resource/content/1/DELPHI_QUESTIONARIO_1.pdf
129. Ward JK, Armitage G. Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2012 Aug [cited 2018 May 2];21(8):685–699. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22562875> PMID: 22562875
130. Hill MM, Hill A. *Investigação por Questionário*. 2ª edição. Robalo M, editor. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.; 2013.
131. Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B, Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2017;26(3):649–659. Available from: http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000300649&scielo=S2237-96222017000300649 PMID: 28977189
132. Kimberlin CL, Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research [Internet]. *American Journal of Health-System Pharmacy*. American Society of Health-System Pharmacists; 2008 [cited 2018 Sep 3]. p. 2276–2284. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19020196> PMID: 19020196
133. Polit DF. Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *Int J Nurs Stud* [Internet]. Pergamon; 2015 Nov 1 [cited 2018 Sep 3];52(11):1746–

1753. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915002242?via%3Dihub>
134. Trad LAB. Grupos focais: Conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* [Internet]. Instituto de Medicina Social da UERJ; 2009 [cited 2018 Jul 10];19(3):777–796. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=pt&tlng=pt
135. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento*. 14^a Edição. São Paulo: Hucitec; 1994.
136. Krueger, R A.; Casey MA. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 5th Revise. United States: SAGE Publications Inc; 2014.
137. Meira MDD. Avaliação de um curso de graduação em enfermagem por egressos, empregadores e docentes [Internet]. 2012. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-11102012-172554/pt-br.php>
138. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS. [Internet]. 2008 [cited 2018 Jul 13]. Available from: www.silabo.pt
139. Huot R. *Métodos Quantitativos para as Ciências Humanas*. Instituto Piaget Divisão Editorial; 2002.
140. McMillan JH, Schumacher S. *Research in education: a conceptual introduction*. 5^a ed. Longman; 2001.
141. Oliveira TMV. Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas [Internet]. 2001 [cited 2018 Aug 30]. p. 1–24. Available from: http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm
142. Favero L, Fávero P. *Estatística Aplicada: Para Cursos de Administração, Contabilidade e Economia*. Elsevier Trade/Profissional; 2015.
143. Hair JF, C. BW, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. 7^a ed. Pearson Education; 2010.

144. Gains P, Simulation H. Construção e validação da Escala de Ganhos Percebidos com a Simulação de Alta-Fidelidade (EGPSA). 2016 [cited 2018 Aug 30];29–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16002>
145. Lima-Serrano M, Vargas-Martínez A., Gil-García E, Martínez-Montilla J., Lima-Rodríguez J., De Vries H. Adaptación y validación al español de cinco escalas para evaluar los determinantes del consumo de alcohol en adolescentes. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud; 2017 Aug 31 [cited 2018 Aug 30];40(2):221–236. Available from: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/53660/36451>
146. Oliveira ALS, Soares AP, Farinha C, Nogueira PJ. Centros De Saúde E Unidades Hospitalares. Recursos E Produção 2012 [Internet]. 2012. Available from: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-anos-dos-dados.aspx>
147. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* [Internet]. 1951 [cited 2018 Aug 31];16(3):297–334. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/e985/ac2e151903000cac310ffbc5b2cb4fbb9dd5.pdf> PMID: 20875501
148. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório Psicol* [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 3];4(1):65–90. Available from: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>.
149. Marôco J. *Análise de Equações Estruturais. Fundamentos teóricos, software e aplicações*. ReportNumber, Análise e Gestão de Informação, Lda.; 2010.
150. Arbuckle JL. *Amos 18 User's Guide* [Internet]. Amos 18 User's Guide. 2009 [cited 2018 Aug 31]. Available from: <http://amosdevelopment.com>
151. Bentler P. Quantitative methods in psychology: Comparative fit indexes in structural models. *Psychol Bull* [Internet]. 1990 [cited 2018 Aug 31];107:238–246. Available from: <https://search.proquest.com/docview/614296051/fulltextPDF/812BB1058BD74A66PQ/8?accountid=14744>
152. Steiger JH, Shapiro A, Browne MW. On the Multivariate Asymptotic Distribution

- of Sequential Chi Square Statistics. *Psychometrika* [Internet]. 1985 [cited 2018 Aug 31];50(3):253–264. Available from: <http://statpower.net/SteigerBiblio/SteigerShapiroBrowne85.pdf>
153. Morales P, Rodríguez L. Aplicación De Los Coeficientes Correlación De Kendall Y Spearman. 2016 [cited 2018 Sep 1];8. Available from: <http://www.postgradovipi.50webs.com/archivos/agrollania/2016/agro8.pdf>
154. Malva. Coeficiente de Correlação Ró de Spearman — ρ [Internet]. 2007. Available from: [http://www.estgv.ipv.pt/PaginasPessoais/malva/TratamentoEstatistico de dados/Coeficiente de Correlação Ró de Spearman.pdf](http://www.estgv.ipv.pt/PaginasPessoais/malva/TratamentoEstatistico%20de%20dados/Coeficiente%20de%20Correla%C3%A7%C3%A3o%20R%C3%B3%20de%20Spearman.pdf)
155. Hall A. Capítulo 1 - Associação entre variáveis. 2007 [cited 2018 Sep 1]. p. 15. Available from: <http://sweet.ua.pt/andrea.hall/TEA/Capcorrel.pdf>
156. LaMorte WW. Tests with Two Independent Samples, Continuous Outcome [Internet]. Boston University School of Public Health. 2017 [cited 2018 Sep 6]. Available from: http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/BS/BS704_HypothesisTest-Means-Proportions/BS704_HypothesisTest-Means-Proportions6.html
157. Anthony R, Miranda F, Mawji Z, Cerimele R, Davis R, Lawrence S, John M. Eisenberg Patient Safety Awards. The LVHHN patient safety video: patients as partners in safe care delivery. *Jt Comm J Qual Saf* [Internet]. Elsevier; 2003 Dec 1 [cited 2017 Oct 7];29(12):640–645. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1549374103290754> PMID: 14679866
158. Pinto A, Vincent C, Darzi A, Davis R. A qualitative exploration of patients' attitudes towards the “participate inform notice know” (pink) patient safety video. *Int J Qual Heal Care*. 2013;25(1):29–34. PMID: 23175533
159. Millman EA, Pronovost PJ, Makary MA, Wu AW. Patient-assisted incident reporting: including the patient in patient safety. *J Patient Saf*. 2011;7(2):106–108. PMID: 21577079
160. McInnes E, Chaboyer W, Murray E, Allen T, Jones P. The role of patients in pressure injury prevention: A survey of acute care patients. *BMC Nurs*. 2014;13(1):1–8. PMID: 25516720

161. Rathert C, Huddleston N, Pak Y. Acute care patients discuss the patient role in patient safety. *Health Care Manage Rev.* 2011;36(2):134–44. PMID: 21317659
162. Portal do Instituto Nacional de Estatística [Internet]. [cited 2018 Sep 3]. Available from:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008044&contexto=bd&selTab=tab2
163. Branco M, Nogueira P, Contreiras T. Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental. 2005 [cited 2018 Sep 3];22. Available from:
[http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/285/1/Relatório prevalência doenças crónicas.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/285/1/Relatório%20prevalência%20doenças%20crónicas.pdf)
164. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde, Portugal [Internet]. Ministério da Saúde P, editor. 2018. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
165. Pereira A, Patrício T. SPSS Guia Prático de Utilização - Análise de dados para ciências sociais e psicologia. 8ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.; 2016.
166. Direcção-Geral da Saúde. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica [Internet]. Orientação da Direcção-Geral da Saúde. 2011. Available from: <http://www.dgs.pt/>
167. Thompson SC, Pitts JS, Schwankovsky L. Preferences for involvement in medical decision-making: situational and demographic influences. *Patient Educ Couns* [Internet]. Elsevier; 1993 Dec 31 [cited 2018 Sep 4];22(3):133–140. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/073839919390093C> PMID: 8153035
168. Mansell D, Poses RM, Kazis L, Duefield CA. Clinical factors that influence patient's desire for participation in decisions about illness. *Arch Intern Med* [Internet]. American Medical Association; 2000 Oct 23 [cited 2018 Sep 4];160(19):2991–2996. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinte.160.19.2991> PMID: 11041908
169. Kravitz RL, Epstein RM, Feldman MD, Franz CE, Azari R, Wilkes MS, Hinton L, Franks P. Influence of patients' requests for direct-to-consumer advertised

- antidepressants: A randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* [Internet]. NIH Public Access; 2005 Apr 27 [cited 2018 Sep 4];293(16):1995–2002. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15855433> PMID: 15855433
170. Salole R. A role for the sick role. [Internet]. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 1997 [cited 2018 Sep 4]. p. 1349–1350. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1243812/pdf/cmaj_157_4_383.pdf PMID: 9371061
171. World Health Organization. Patients for patient safety: partnerships for safer health care [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 6]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf
172. CPSI. Patients for Patient Safety Canada [Internet]. [cited 2018 Jan 2]. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Programs/PPSC/Pages/default.aspx>

ANEXOS

Anexo 1

Artigo para publicação “Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática

Figueiredo, FM, Gálvez, AMP, Garcia, EG, Eiras, M. Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: Revisão sistemática.. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2018/Mai). [Citado em 25/09/2018]. **Está disponível em:**<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/participacao-dos-pacientes-na-seguranca-dos-cuidados-de-saude-revisao-sistematica/16795?id=16795>

Anexo 2

Regras de funcionamento do Grupo Focal, distribuídas aos participantes

Normas de funcionamento do grupo

O principal objetivo deste grupo focal é avaliar o grau de compreensão do questionário “Participação dos doentes na segurança dos Cuidados de Saúde”, bem como verificar a sua adaptação semântica à população alvo,

O meu papel neste grupo é meramente orientador em relação aos temas em discussão, e em garantir uma participação uniforme de todos os membros do grupo, assim pretendo desde já expressar alguns preceitos para uma atividade proveitosa por parte do grupo:

1. Pretende-se que sejam vocês, membros das ligas dos amigos e das CQS, a falar:

- Vamos ouvir o que cada um tem a dizer sobre cada item do questionário;
- Uma pessoa a falar de cada vez;
- Posso chamar cada um de vós à conversa, caso considere que está pouco participativo, ou algo retraído;

2. Não há ideias/opiniões certas ou erradas:

- Caso tenha uma ideia/opinião diferente das que estão a ser expressadas, não se iniba de a partilhar;
- Todas as ideias e opiniões são válidas e valorizadas;
- Devemos respeitar sempre as ideias dos outros, embora nem sempre concordemos com elas;
- Não devemos usar termos juncosos para nos expressarmos sobre qualquer dos temas.

3. Tudo o que se diz neste grupo é confidencial:

- Esta reunião não está a ser gravada;
- Todas as opiniões expressadas no seio deste grupo serão mantidas em absoluta confidencialidade;
- Neste grupo pretendemos deixar duas opiniões/ideias, para cada um dos temas abordados, sendo estas representativas das opiniões ideias de todo o grupo, pelo que se deve tentar chegar a um consenso sobre as mesmas.

Anexo 3

Questionário ParticipaS (3ª versão)

Questionário

Participação na Segurança dos Cuidados de Saúde

Este questionário foi desenvolvido no âmbito do projeto-piloto Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde, com o objetivo de conhecer o nível de participação do doente na segurança dos cuidados de saúde.

O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação nem assinar nenhuma das folhas. Ao preencher este questionário está a consentir que a Direção Geral da Saúde use a informação aqui constante.

Solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Para isso terá apenas de assinalar a opção de resposta que lhe parecer mais adequada. Não há respostas corretas ou incorretas, apenas queremos saber a sua opinião.

Estima-se que o preenchimento do questionário demore cerca de 10 minutos.

Descrevem-se alguns termos e conceitos para facilitar o preenchimento:

- *Segurança do doente* – as ações desenvolvidas pelas organizações e pelos profissionais para impedir que os utilizadores dos serviços de saúde sejam prejudicados (sofram danos) pelos efeitos dos seus serviços.
- *Dano* - Qualquer ferimento físico, psicológico ou efeito negativo na saúde de um indivíduo resultante, ou que está associado, a ações realizadas durante a prestação de cuidados de saúde e não a uma doença.
- *Solução alcoólica* – Substância líquida ou em gel utilizada para a desinfecção das mãos. É também conhecido por solução antisséptica ou desinfetante.
- *Úlceras de pressão* – São feridas na pele que aparecem em zonas do corpo onde proeminências ósseas (como é o caso, por exemplo, do cóccix ou dos calcanhares) estão comprimidas em superfícies. Ocorrem com alguma frequência em pessoas que estão durante um longo período acamadas. São também conhecidas por “escaras” ou “feridas por pressão”.

Por favor, indique os seus dados sociodemográficos:

- 1. Qual a sua idade?** _____
- 2. Qual o seu género?**
- Feminino
- Masculino
- 3. Qual o seu nível de escolaridade?**
- Frequência do ensino primário/1º ciclo
- 4º ano
- 9º ano
- 12º ano
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- 4. Tem doença crónica?**
- Sim
- Não
- 5. Qual a sua situação profissional?**
- Estudante
- Ativo(a)
- Desempregado(a)
- Reformado (a)

6. Numa escala que varia entre “sempre” e “nunca”, e como doente desta Unidade de Saúde, assinale o grau de concordância que sente sobre cada um dos temas descritos.

	Sempre	Frequentemente	Raramente	Nunca	Não sei/ Não se aplica
a) Sou devidamente informado/a dos efeitos secundários, que podem ocorrer como consequência, da medicação que me é prescrita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Sempre que me é prescrito um medicamento explicam-me claramente como o devo tomar (quantidade, horário e duração do tratamento).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Os profissionais desta unidade de saúde procedem à lavagem ou desinfeção das mãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Está disponível solução alcoólica para os doentes, acompanhantes e visitantes desinfetarem as mãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Os doentes e acompanhantes recebem informação de como devem tossir, quando devem pedir uma máscara e a que distância se devem manter de quem tosse ou espirra, para que não haja contágio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) O chão da Unidade não escorrega, está em bom estado de conservação, os degraus estão assinalados para que ninguém caia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Os profissionais de saúde, antes da realização de qualquer ato, confirmam sempre a minha identidade, com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: perguntaram-me o nome completo e a data de nascimento).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Esclarecem-me sempre que tenho dúvidas sobre a informação que me é transmitida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Considere esta pergunta, somente se esteve internado numa Unidade de Saúde, pelo menos uma vez, nos últimos dois anos. Se não, passe diretamente para a questão número 9.

Numa escala que varia entre “sempre” e “nunca”, e como doente desta Unidade de Saúde, assinale o grau de concordância que sente sobre cada um dos temas descritos.

	Sempre	Frequentemente	Raramente	Nunca	Não sei/ Não se aplica
a) Nesta Unidade existem indicações, cartazes/folhetos para os doentes, acompanhantes e visitas, a ensinar quando se deve proceder à lavagem e desinfeção das mãos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Foi-me explicado o que eram úlceras de pressão (escaras) e o que deveria fazer para evitá-las.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Quando tive alta hospitalar, explicaram-me os cuidados a ter e que materiais utilizar para prevenir as úlceras de pressão (escaras).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Sempre que me davam medicação ou eram realizados exames, os profissionais confirmavam a minha identidade com pelo menos dois dados inequívocos da minha identificação (ex: perguntaram-me o nome completo e data de nascimento).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Informaram-me para que serviam os medicamentos e se tinham efeitos secundários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Sempre que necessitei, ajudaram-me na mobilização (ex.: a levantar, a andar, a ir à casa de banho).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Considere este ponto, somente se fez alguma cirurgia (foi operado) nesta Unidade de Saúde, nos últimos dois anos. Se não, passe diretamente para a pergunta número 9.

Numa escala que varia entre “sempre” e “nunca”, e como doente desta Unidade de Saúde, assinale o grau de concordância que sente sobre cada um dos temas descritos.

	Sempre	Frequentemente	Raramente	Nunca	Não sei/ Não se aplica
a) Recebi informação sobre a cirurgia/operação antes de a realizar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Recebi informação sobre as consequências que a cirurgia/operação poderia trazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Antes da cirurgia/operação confirmaram comigo a minha identificação, perguntando o meu nome e data de nascimento, bem como a operação/cirurgia que iria realizar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Confirmaram comigo a marcação do local a operar e desenharam uma marca com uma caneta (exemplos de marcações do local a operar: X; O; ➔).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Na seguinte pergunta, faz-se referência ao termo **incidente** que se entende como um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.

9. Já sofri incidentes nesta Unidade de Saúde, relacionados com:

	Sim	Não	Não sei
a) Medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Tratamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Exames (ex: análises, Raio-X, TAC, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Quedas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Úlceras de pressão (escaras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Infecções na sequência dos cuidados de saúde (ex: durante ou após um internamento, após uma cirurgia ou um tratamento etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Cirurgias/Operações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 4

Condições de aplicação do questionário ParticipaS para o pré-teste

“Participação na Segurança dos Cuidados de Saúde”

(Condições de aplicação do questionário ParticipaS – Pré-teste)

1. Local da aplicação

Todos os serviços das nove Unidades de Saúde englobadas no projeto-piloto, exceto Maternidades, Serviços de Pediatria, Serviços de Psiquiatria e Cuidados de Saúde Primários (no caso das ULS).

2. Duração e período de aplicação do questionário

O Pré – teste do questionário ParticipaS ocorrerá durante o dia 6 de junho de 2018 entre as 08h e as 16h.

3. População alvo

A população alvo deste questionário é constituída por todos os doentes abrangidos por esta Unidade de Saúde.

4. Seleção da amostra

Neste pré-teste será utilizada uma amostra não probabilística de conveniência. Isto é, os questionários são distribuídos aos doentes que recorrem aos diferentes serviços desta Unidade de Saúde durante o dia de aplicação do questionário.

5. Dimensão da amostra

Para a realização deste pré-teste, pretende-se que a amostra possua um mínimo de 25 participantes

6. Método de aplicação e recolha do questionário:

- O questionário é entregue ao doente pelos voluntários;

- O questionário é colocado pelo doente em caixa disponibilizada para o efeito;
- As caixas com os questionários são recolhidas pelos voluntários;

7. Critérios de inclusão

São incluídos neste pré-teste do questionário ParticipaS os doentes que recorrerem a qualquer serviço desta Unidades de Saúde no dia 6 de junho de 2018, entre as 08h e as 16h.

8. Critérios de exclusão

São excluídos desta primeira fase de aplicação do questionário, doentes com pelo menos um dos seguintes critérios:

- Doentes de Unidades de Saúde Pediátricas, Maternidades e Serviços de Psiquiatria;
- Doentes com idade inferior a 18 anos;
- Doentes que não saibam ler e/ou escrever.

9. Aspetos éticos

Tendo presente que qualquer trabalho/estudo de investigação que envolva seres humanos acarreta *per si* questões morais e éticas, torna-se imprescindível desenvolver medidas de proteção, não só do bem-estar, mas também dos direitos e privacidade dos indivíduos que participam nos referidos estudos. Pode dizer-se que os códigos de ética, inerentes ao estudo a desenvolver, consideram cinco princípios fundamentais que devem ser cumpridos ao longo da realização dos mesmos: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade dos dados, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e por último o direito a um tratamento justo e leal (Hill e Hill, 2009).

De forma a garantir a confidencialidade dos dados, devem ser disponibilizadas caixas onde o doente deve colocar o questionário no fim de preenchido.

Para dar cumprimento aos princípios éticos e às normas regulamentares correspondentes, o início do estudo foi precedido da aprovação do Diretor do Departamento da Qualidade em Saúde da DGS.

Anexo 5

Ofício da Comissão de Ética da ARS A Algarve I.P. a autorizar a realização de entrevistas semi-estruturadas

Exmo. Senhor
Filipe Morais de Figueiredo
Técnico de Radiologia
Unidade Funcional de Olhão
Aces Central
ffigueiredo@arsalgarve.min-saude.pt

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA
Nº: Ofício nº 57

DATA
27-12-2016

ASSUNTO: Pedido de Parecer ao estudo: "Participação dos utentes na segurança do doente nos cuidados de saúde primários"

Serve o presente para informar V. Excelência, que tendo em conta que foi retirada a identificação do utente do guião de entrevista, estão reunidas as condições, a CES delibera aprovar o estudo.

Com os melhores cumprimentos,



Nuno Sancho Ramos
Vogal do Conselho Diretivo
da ARS Algarve, I.P

Anexo 6

Autorização da DGS para Utilização dos dados do pré-teste e estudo piloto do
questionário ParticipaS

RE: Trabalho de investigação "Participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde, em Unidades de Saúde de Portugal" - Filipe Figueiredo - Universidade d...

Esta mensagem foi enviada com importância Alta.

AC

Anabela Coelho <anabelacoelho@dgs.min-saude.pt>
seg 10/09/2018, 13:11



Você: Diogo Nuno Fonseca Cruz; Margarida Eiras - Contator; Maria João Gaspar

Exmo. Senhor Dr. Filipe Figueiredo

Por orientação do Senhor Subdiretor-Geral da Saúde, Dr. Diogo Cruz, vimos informar que está autorizado a tratar a informação constante na BD sobre o questionário "Participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde" aqui no DQS e garantindo a anonimato dos doentes e unidades de saúde.

Ficamos ao dispor.

Com os melhores cumprimentos.

Anabela Coelho

Chefe da Divisão de Gestão da Qualidade

Head of the Division of Quality Management

Na quadra do processo de desmaterialização da DGS, esta mensagem não terá qualquer suporte de papel, pelo que não será enviada oficial.



Melhor Informação, Mais Saúde.

Direção-Geral da Saúde | Departamento da Qualidade na Saúde

Directorate-General of Health | Department of Quality in Health

Alameda D. Afonso Henriques, 45, 1049-005 Lisboa, Portugal

Tel: +351 21 843 08 56 | Fax: +351 21 843 08 46 | E-mail: anabelacoelho@dgs.min-saude.pt | Website: www.dgs.pt



Exmo. Senhor Dr. Filipe Figueiredo

Anexo 7

Consentimento informado, livre e esclarecido para os participantes nas entrevistas semi-estruturadas

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PARTICIPAÇÃO DO UTENTE NO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO COM O TÍTULO: PARTICIPAÇÃO DOS UTENTES NA SEGURANÇA DO DOENTE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Exmo(a) Sr(a)

Foi convidado a participar através de uma entrevista no estudo de investigação com o título: Participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde. Este estudo está a ser desenvolvido no âmbito do programa de doutoramento em ciências da saúde da Universidade de Sevilha (Espanha).

Atualmente as unidades de saúde monitorizam de diversas formas a segurança do doente, sendo que há uma crescente base de evidências que sugerem que os utentes poderão e deverão ser incluídos neste tipo de atividades, trabalhando sempre no sentido de a melhorar.

Este estudo tem como objetivo elaborar e validar uma ferramenta/método que permita conhecer a perspetiva do utente sobre a segurança do doente em serviços de saúde.

Durante esta entrevista, o investigador colocar-lhe-á algumas questões às quais se solicita que responda com sinceridade e que mencione tudo o que julgar que se relacione com a questão. Caso tenha alguma dúvida em relação a termos utilizados no decorrer da entrevista não hesite em questionar o investigador, uma vez que estas questões também são importantes para o estudo.

Informa-se que a entrevista será gravada em formato áudio e posteriormente transcrita para ser analisada, no entanto assegura-se a total confidencialidade e anonimato dos participantes.

A participação no estudo é voluntária podendo em qualquer momento suspender a sua participação na entrevista, não havendo qualquer coerção face á sua recusa, assim como não condicionará a qualidade do serviço que lhe é prestado nesta unidade.

A sua participação neste estudo, não lhe proporcionará nenhum benefício direto, no entanto caso considere pertinente pode ser-lhe facultado o documento final resultante da

investigação. Entretanto esperamos que através deste possamos chegar a conclusões importantes sobre a participação dos doentes na segurança dos cuidados de saúde.

Caso lhe surjam algumas dúvidas sobre esta investigação, poderá entrar em contacto com o investigador através do e-mail e/ou número de telefone que se encontra em epigrafe.

[Parte declarativa do profissional]

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários á realização da entrevista. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados possíveis nesse contexto, no respeito pelos seus direitos.

Nome legível do investigador: _____

Data / /

Unidade de Saúde

Contato institucional do investigador

[Parte declarativa da pessoa que consente]

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo investigador que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: | _____ | /
 ... / (data)

Assinatura

.....



