Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Silva, Miguel Severiano Caldeira da, 1983-

Clima de segurança dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos

http://hdl.handle.net/11067/4755

Metadados

Data de Publicação 2019

Resumo O clima de segurança é um fenómeno psicológico que é normalmente definido como a percepção do estado da segurança num determinado momento, que está intimamente relacionada com questões intangíveis, como situacionais e factores ambientais. Está descrito como um fenómeno temporal manifestado pelas percepções compartilhadas dos funcionários sobre as práticas, procedimentos, e do tipo de comportamentos que são recompensados, apoiado e esperado num determinado ambiente. A investigação teve como objec...

A safety climate is a psychological phenomenon that is usually defined as the perception of the state of safety at a given time. This phenomenon is closely related to intangible issues such as situational and environmental factors. It is also described as a temporal phenomenon manifested by employees' shared perceptions of practices, procedures, and the type of behaviors that are rewarded, supported, and expected in a given environment. The research aimed to study the safety climate in the Inten...

Palavras Chave Enfermeiros - Atitudes, Unidades de cuidados intensivos - Gestão de pessoal, Unidades de cuidados intensivos - Medidas de segurança, Cultura de empresa

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-FCEE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-12-26T17:16:49Z com informação proveniente do Repositório

UNIVERSIDADE LUSÍADA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA ECONOMIA E DA EMPRESA

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional

Clima de segurança dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos

Realizado por:
Miguel Severiano Caldeira da Silva

Orientado por:
Prof.ª Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof. Doutor Mário Caldeira Dias
Orientadora:	Prof.ª Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia
Arguente:	Prof.ª Doutora Maria Teresa Fortunato Pereira Esteves

Dissertação aprovada em: 21 de Novembro de 2019

Lisboa

2019

UNIVERSIDADE LUSÍADA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA ECONOMIA E DA EMPRESA

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional

Clima de segurança dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos

Miguel Severiano Caldeira da Silva

Lisboa

Agosto 2019

UNIVERSIDADE LUSÍADA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA ECONOMIA E DA EMPRESA

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional

Clima de segurança dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos

Miguel Severiano Caldeira da Silva

Lisboa

Agosto 2019

Miguel Severiano Caldeira da Silva

Clima de segurança dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional.

Área de especialização: Gestão de Recursos Humanos

Orientadora: Prof.ª Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia

Lisboa

Agosto 2019

Ficha Técnica

Autor Miguel Severiano Caldeira da Silva

Orientadora Prof.ª Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia

Título Clima de segurança dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos

Local Lisboa

Ano 2019

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

SILVA, Miguel Severiano Caldeira da, 1983-

Clima de segurança dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos / Miguel Severiano Caldeira da Silva ; orientado por Maria Manuela Marques Faia Correia. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Análise Organizacional, Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa da Universidade Lusíada.

I - CORREIA, Maria Manuela Marques Faia, 1967-

LCSH
1. Enfermeiros - Atitudes
2. Unidades de cuidados intensivos - Gestão de pessoal
3. Unidades de cuidados intensivos - Medidas de segurança
4. Cultura de empresa
5. Universidade Lusíada. Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Nurses - Attitudes
2. Intensive care units - Personnel management
3. Intensive care units - Security measures
4. Corporate culture
5. Universidade Lusíada. Faculdade de Ciências da Economia e da Empresa - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. RT89.3.S55 2019

AGRADECIMENTOS

A minha Avó Isabel, pela imensidão da presença em todos os momentos da minha vida.

Ao meu Filho Matias, pelo coração doce, pela cumplicidade, pelo abraço forte e regenerador.

A Professora Doutora Maria Manuela Marques Faia Correia pela sua extraordinária atitude para comigo, pelo exemplo para o futuro, pela reflexão, pela partilha, e pelo apoio durante este processo de crescimento e desenvolvimento pessoal e académico.

A Enfermeira Maria Madalena Trindade Abranches, pela de partilha de conhecimentos, pelos momentos de reflexão sobre a profissão de Enfermagem e pelo encaminhamento da investigação dentro da organização.

A todos os Enfermeiros que participaram na investigação.

APRESENTAÇÃO

Clima de segurança dos Enfermeiros em Unidades de cuidados intensivos

Miguel Severiano Caldeira da Silva

O clima de segurança é um fenómeno psicológico que é normalmente definido como a perceção do estado da segurança num determinado momento, que está intimamente relacionada com questões intangíveis, como situacionais e factores ambientais. Está descrito como um fenómeno temporal manifestado pelas percepções compartilhadas dos funcionários sobre as práticas, procedimentos, e do tipo de comportamentos que são recompensados, apoiado e esperado num determinado ambiente.

A investigação teve como objectivo estudar o clima de segurança, nas unidades de cuidados intensivos do Hospital de Santa Maria A amostra é constituída por 258 Enfermeiros. Os dados usados para este estudo advém da aplicação do questionário de clima de segurança. Os resultados obtidos mostram que existe clima de segurança na instituição que foi estudada, existindo nas dimensões de clima segurança organizacional de “procedimentos de segurança”, “fluxo de informações de segurança”, “gestão de práticas de segurança” e “prioridade dada a segurança” essa constatação.

Os resultados desta investigação corroboram a importância do clima de segurança nas organizações que prestam cuidados de saúde, no sentido em que podemos compreender a influência do clima de segurança na dinâmica organizacional e nos seus resultados. Em futuras investigações seria interessante alargar a população alvo a outras regiões do país, a instituições de saúde públicas, privadas e colaborativas, por apresentarem características de gestão distintas. Incluir no estudo os vários elementos das equipas multidisciplinares revela-se crucial para aprofundar o conhecimento das multidimensões do clima de Segurança organizacional.

Palavras-chave: clima de segurança organizacional; unidades de cuidados intensivos; enfermeiros.

PRESENTATION

Nurses' Safety Climate in Intensive Care Units

Miguel Severiano Caldeira da Silva

A safety climate is a psychological phenomenon that is usually defined as the perception of the state of safety at a given time. This phenomenon is closely related to intangible issues such as situational and environmental factors. It is also described as a temporal phenomenon manifested by employees' shared perceptions of practices, procedures, and the type of behaviors that are rewarded, supported, and expected in a given environment.

The research aimed to study the safety climate in the Intensive Care Units at Hospital de Santa Maria. The sample consisted of 258 nurses. The instrument chosen to collect the data for this study was the application of the safety climate questionnaire. The results obtained demonstrate that there is a safety climate in this institution and its dimensions which are organizational safety of “safety procedures”, “safety information flow”, “safety practices management” and “safety priority”.

The results from this research corroborate the importance of the safety climate in healthcare organizations, since it allows us to understand the influence of the safety climate on organizational dynamics and their outcomes. In future investigations it would be interesting to extend the target population to other regions of the country, to public, private and collaborative health institutions, as they have distinct management characteristics. Including in the study the various elements of multidisciplinary teams is crucial to deepen the knowledge of the multidimensional dimensions of the organizational security climate.

Key words: organizational security climate; intensive care units; nurses.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comunalidades 42
Tabela 2 - Teste de KMO e Bartlett 43
Tabela 3 - Variância total explicada 44
Tabela 4 - Matriz de componente rotativa 45
Tabela 5 - Valor médio de resposta para cada dimensão do questionário 46
Tabela 6 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a escolaridade 47
Tabela 7 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação à função 47
Tabela 8 - ANOVA escolaridade 47
Tabela 9 - ANOVA função 48
Tabela 10 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a escolaridade 48
Tabela 11 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a função 49
Tabela 12 - ANOVA escolaridade 49
Tabela 13 - ANOVA função 49
Tabela 14 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a escolaridade 50
Tabela 15 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a função 50
Tabela 16 - ANOVA escolaridade 51
Tabela 17 - ANOVA função 51
Tabela 18 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a escolaridade 52
Tabela 19 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a função 52
Tabela 20 - ANOVA escolaridade 52
Tabela 21 - ANOVA função 53

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

CHULN	-	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte
DGS	-	Direção Geral da Saúde
MCEEMC	-	Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica
UCI	-	Unidade de Cuidados Intensivos
SPSS	-	Statistical Package for Social Science

SUMÁRIO

1. Introdução 17
2. Cultura e clima organizacional 21
2.1. O foco da teoria, investigação e prática do clima organizacional 21
2.2. Aproximação clima e cultura 23
2.3. Cultura e Clima de segurança 24
2.3.1. Dimensão 1 - Procedimentos de segurança. 26
2.3.2. Dimensão 2 - Fluxo de informações de segurança. 27
2.3.3. Dimensão 3 - Gestão de práticas de segurança 28
2.3.4. Dimensão 4- A prioridade dada a segurança. 28
2.4. Segurança nas organizações de saúde em Portugal 30
2.5. Cultura e Clima de segurança em unidades de cuidados intensivos 31
2.5.1. Perfil do Enfermeiro em Unidade de cuidados intensivos 33
2.5.2. Perfil do Enfermeiro gestor nas unidades de cuidados intensivos 35
3. Metodologia 37
3.1. Contexto 37
3.2. Amostra 38
3.3. Procedimento 39
3.4. Instrumentos 40
3.4.1. Questionário de clima de Segurança 40
3.5. Apresentação e discussão dos resultados 42
3.5.1. Analise componentes principais 42
4. Conclusão 55
Referências 61
ANEXOS 65
LISTA DE ANEXOS 67
ANEXO A 69

1. INTRODUÇÃO

Quando as pessoas sabem o que esperar em varias situações, no que diz respeito a determinados rituais, a forma de expressão de emoções, códigos de conduta e comportamentos, torna mais facilitada a interação entre as pessoas (Guldenmund, 2006).

A cultura também está relacionada com os mecanismos de adaptação e de habituação. Habituação é bem desenvolvida em todos os organismos que têm um sistema nervoso e o funcionamento deste mecanismo tem sido descrito como uma forma primitiva de vida (Kandel e Schwartz, *apud* Guldenmund 2006)

Guldenmund (2006) afirma que o mecanismo de habituação é importante para a aprendizagem, portanto, para a convivência e isto também pode ser dito em relação a cultura. Metaforicamente, a cultura compara-se com o sistema nervoso parassimpático na inconsciência da sua reacção e na dificuldade de influenciar conscientemente.

Hofstede (p. 5) *apud* Guldenmund (2006) define a cultura como "a programação coletiva da mente que distingue os membros de um grupo ou categoria de pessoas de outro" e considera-a "*software* mental". Ele distingue três níveis de programação mental como:

- natureza humana;
- cultura;
- personalidade.

A natureza humana será o programa que todos os seres humanos estão incorporados, mas este *software* pode ser mediado tanto pela cultura como pela personalidade. Ou seja, a forma como um indivíduo expressa os seus sentimentos será determinado tanto pela personalidade como pela cultura.

A cultura distingue-se da natureza humana e da personalidade na medida em que é compartilhada por um grupo de pessoas, ao passo que a natureza humana e a personalidade não o são. Uma pessoa pode pertencer a muitos grupos e pode, portanto, compartilhar várias culturas com pessoas diferentes. A cultura é, por vezes, considerada a "memória coletiva" de um grupo e é, portanto, profundamente

entrelaçada com a história desse grupo. Ou, em outras palavras, a cultura é um *software* em vários níveis diferentes de agregação (Guldenmund 2006).

No entanto, dentro de seus limites uma cultura fornece normas para pensamentos e acções, percepções e comportamentos. Portanto, acções relacionadas com a cultura podem ser comparadas com as normas que se desenvolveram no seu interior. A cultura proporciona uma das âncoras para o comportamento (Guldenmund 2006).

As percepções individuais das políticas, procedimentos e práticas relativas à segurança no local de trabalho refletem a prioridade que os funcionários acreditam que a organização dá aos problemas de segurança em relação a outras preocupações organizacionais (como produtividade). O clima de segurança fornece uma estrutura para a interpretação dos eventos e processos organizacionais em relação aos valores de segurança pessoal e organizacional e reflete a apropriação da segurança relacionada com o comportamento (Clarke *apud* Guldenmund 2006).

De acordo com Singer, Lin, Falwell, Gaba e Baker (2008) a cultura de segurança de uma organização é visto como os valores compartilhados entre os membros da organização sobre o que é importante, as suas crenças sobre o funcionamento da organização e a interacção destes com a unidade de trabalho, estruturas e sistemas organizacionais, que juntos produzem padrões de comportamento na organização promotores da segurança. Na mesma investigação os autores mostraram que um melhor clima de segurança nos hospitais será associado a menos erros e melhores resultados. A obtenção de melhores informações sobre a relação entre clima de segurança do hospital e desempenho de segurança é benéfica no desenvolvimento de *benchmarks,* promovendo a colaboração dentro e entre as organizações para comparar as medidas climáticas de segurança e partilhar abordagens úteis, fornecendo informações importante para os gestores hospitalares. Hospitais com fortes climas de segurança dão prioridade à mesma, sendo integrado no funcionamento diário da organização, nas rotinas dos indivíduos e das equipas que lá trabalham.

De acordo com a avaliação nacional da Unidade de cuidados intensivos (2013), feita pelo ministério da saúde português a diversidade (em tipologia dos doentes admitidos, características organizacionais e funcionais) e o número de unidades de cuidados intensivos, dificultou no passado, uma avaliação das características da quantidade e qualidade dos cuidados prestados, um planeamento adequado das necessidades

presentes e futuras, bem como a divulgação e comparação dos resultados e dos custos obtidos a nível nacional e internacional.

Por outro lado, persistem problemas por resolver no capítulo da informação: cada unidade procede a uma recolha individualizada dos dados referentes à sua atividade, não utilizando por rotina metodologias testadas e validadas e que permitam comparações. Um mesmo parâmetro toma valores diferentes consoante a fonte utilizada e o processo de recolha de dados é pouco sistematizado. Tais factos inviabilizam uma análise comparativa de rotina que possa servir como base orientadora quer de avaliação de resultados, quer de modelo para o lançamento de políticas nacionais na área dos cuidados intensivos.

Assim, a implementação de um trabalho de avaliação da capacidade instalada e das necessidades nacionais de camas de cuidados intensivos, bem como dos diversos patamares de articulação com os demais níveis organizativos do SNS, constitui-se como um elemento estruturante de avaliação contínua da qualidade assistencial dos cuidados intensivos prestados.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2015 -2020) tem, assim, como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde, adotando as seguintes prioridades estratégicas de atuação:

1. Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições;
2. Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
3. Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
4. Reforço da segurança dos doentes;
5. Reforço da investigação clínica;
6. Monitorização permanente da qualidade e segurança;
7. Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
8. Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;

9. Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Indo ao encontro da estratégia nacional para a qualidade na saúde (DGS,2015) é, assim, importante que os enfermeiros continuem a refletir nos problemas existentes e que assumam a importância do seu papel nas organizações e na sociedade em geral, através do desenvolvimento de trabalhos de investigação que permitam conhecer melhor as realidades existentes

Esta investigação pretende ir a esse encontro, sendo que pretende analisar o clima de segurança, nas unidades cuidados intensivos do Hospital de Santa Maria.

Esta dissertação estrutura-se em 4 capítulos. O primeiro corresponde a introdução, o segundo capitulo corresponde ao enquadramento teórico, apresentando os conceitos e abordagens de clima e cultura de segurança, salientando a segurança das organizações de saúde em Portugal, focando particularmente a cultura e clima de segurança nas unidades de cuidados intensivos, em que no final, é apresentada a pergunta de investigação e as perguntas derivadas. No terceiro capítulo são descritas, a amostra, o procedimento, o instrumento de avaliação (Questionário de clima de segurança) e, por fim, a apresentação e discussão dos resultados. No quarto e último capítulo são identificadas as contribuições e os aspectos mais relevantes da investigação, as limitações e sugestões para investigações futuras.

2. CULTURA E CLIMA ORGANIZACIONAL

O clima organizacional pode ser definido como as perceções ligadas às políticas, práticas e procedimentos que os funcionários experimentam e os comportamentos que observam ser recompensados e apoiados (Schneider, Ehrhart e Macey 2013).

Por outro lado, a cultura organizacional pode ser definida como os pressupostos, valores e crenças compartilhados que caracterizam um ambiente e são transmitidos aos recém-chegados como a maneira correta de pensar e sentir. É comunicada através de situações que as pessoas contam que a organização passou até o momento presente, tendo em conta a adaptação externa e a integração interna (Zohar e Hofmann apud Schneider, Ehrhart e Macey 2013).

Tem havido diferenças significativas nos métodos utilizados para estudar o clima e a cultura, com o primeiro conceito tem sido caracterizado por pesquisas com funcionários e o segundo por estudos de caso aleatórios. No entanto, uma revisão histórica da literatura de clima e cultura, revela que a cultura tem sido mais frequentemente estudada usando pesquisas e abordando questões que se podem sobrepor, como também podem ser consideravelmente diferentes das questões abordadas por meio de investigações sobre clima organizacional (Schneider, Ehrhart e Macey 2013)

Zohar e Hofmann apud Schneider, Ehrhart e Macey (2013) observaram, que os funcionários nas organizações são capazes de distinguir o que acontece nas suas subunidades organizacionais com foco maior na segurança. As subunidades dentro de uma empresa têm maior perceção de clima de segurança do que com as pessoas nas subunidades de outras empresas. É complexo conceitualizar o conceito de clima porque existem simultaneamente dentro e entre organizações, mas parece que os principais efeitos em ambos os níveis têm significado para as pessoas que neles estão inseridos bem como influenciam o seu comportamento.

2.1. O FOCO DA TEORIA, INVESTIGAÇÃO E PRÁTICA DO CLIMA ORGANIZACIONAL

Outras investigações sobre clima organizacional têm incidido sobre climas focados. À pesquisa inicial de clima caracterizada como tendo pouco foco em qualquer coisa além

do que pode ser chamado de clima para o bem-estar, acrescentou-se um forte enfoque na liderança e no estilo de supervisão (Schneider, Ehrhart e Macey 2013).

Estudos meta-analíticos apoiam a relação consistente entre clima de segurança e acidentes tenha sugerido que pode haver efeitos recíprocos entre clima de segurança e acidentes, de tal forma que níveis aumentados de acidentes influenciam as perceções do clima. (Schneider, Ehrhart e Macey 2013)

Um clima de segurança não é apenas relacionado com acidentes, mas também a notificação desses acidentes, de modo que a subnotificação é significativamente maior em climas de segurança insatisfatórios. O clima de segurança relacionado com uma liderança transformacional, liderança transformacional específica de segurança e níveis de clima de segurança organizacionais mais elevados, ambos têm, relação como o apoio dado pela organização (Schneider, Ehrhart e Macey 2013).

Em termos de resultados clima de segurança, Neal e Griffin (2006) usaram dados longitudinais que demonstram que o clima de segurança influencia a motivação de segurança e o comportamento de segurança em nível individual, o que, no conjunto, prevê taxas de acidentes na unidade de trabalho. Por exemplo, Hofmann e Mark apud Schneider, Ehrhart e Macey (2013) mostraram numa amostra de enfermeiros que o clima de segurança teve uma influência positiva na diminuição de lesões músculo-esqueléticas e erros de medicação quando a complexidade da condição do paciente era elevada.

Schneider, Ehrhart e Macey (2013) referem que a interação entre clima de diversidade, clima de serviço e representação indicou que a satisfação do cliente é geralmente mais alta isto quando o clima de diversidade e os níveis de clima de serviço eram altos.

Embora tenha havido progresso na pesquisa sobre a força climática, ainda há questões que precisam ser respondidas. No entanto, de um ponto de vista prático, o que podemos concluir é que geralmente existe um clima positivo e superior a um clima fraco ou negativo, então as implicações para a prática são claras:

- A fim de maximizar a probabilidade de atingir os objetivos de desempenho de processos e resultados da organização, é essencial promover de forma consistente e vigorosa um clima positivo e focado;

- A ênfase em climas focados (por exemplo, climas de serviço, segurança, justiça, ética) que existe atualmente revelou insights sobre os processos organizacionais e os vários climas que eles produzem para as pessoas, bem como evidências robustas para a validade das perceções climáticas para compreensão e previsão dos resultados organizacionais, como acidentes e satisfação do cliente.

As organizações não têm um clima singular, mas sim múltiplos climas simultâneos do tipo de processo e resultado estratégico. Embora isso possa ser óbvio, também é verdade que houve muito pouca teoria e pesquisa sobre a questão dos múltiplos climas (Zohar, Hofmann, apud Schneider, Ehrhart e Macey 2013). Neste sentido, pesquisa sobre tais possíveis efeitos aditivos e interativos de múltiplos climas seriam úteis.

2.2. APROXIMAÇÃO CLIMA E CULTURA

Os psicólogos modificaram o estudo do clima que se apresentava no nível individual para analisar o foco organizacional, e os investigadores de cultura têm promovido a ideia de que as culturas podem se manifestar de maneira simultânea, de modo que há experiências comuns em grupos de pessoas com diferentes experiências e experiências únicas. (Schneider, Ehrhart e Macey 2013).

Schein, que nas edições do seu livro (1985, 1992) mencionou o clima (simplesmente agrupando clima com “artefatos”), mais recentemente (2004, 2010) caracterizou o clima demostrando evidências comportamentais para o cenário cultura, de tal forma que esses comportamentos formam as bases para as conclusões dos funcionários sobre os valores e crenças que caracterizam sua organização. Concordamos com essa interpretação da relação entre clima e cultura e de suas propriedades mutuamente reforçadoras (Schneider, Ehrhart e Macey 2013).

O clima organizacional e a cultura oferecem perspectivas sobrepostas para a compreensão dos tipos de experiências integrativas que as pessoas têm em ambientes de trabalho, ou em qualquer ambiente organizacional. Os conceitos abordam o significado que as pessoas atribuem às suas experiências com o processo de trabalho da organização (climas de processo), os focos estratégicos que a organização tem (climas estratégicos) e os valores que eles atribuem ao cenário (cultura), na tentativa de dar sentido a suas experiências (Weick e Quinn *apud*,

Schneider, Ehrhart e Macey 2013). A literatura sobre clima tem focado no que Schein *apud* Schneider, Ehrhart e Macey (2013) chamou mecanismos de incorporação de cultura das organizações, encenados pelos líderes nos quais expressam seus valores e pressupostos (Quinn e Rohrbaugh *apud* Schneider, Ehrhart e Macey 2013) sendo o meio pelo qual os líderes tentam focar as energias e as competências das pessoas inseridas na cultura da organização.

Esses processos e atividades são projetados para produzir comportamentos que procuram metas e objetivos organizacionais, e são esses comportamentos que caracterizam organizações e subculturas dentro delas (Martin *apud* Schneider, Ehrhart e Macey 2013).

O clima oferece uma abordagem na qual os líderes podem se concentrar em gerar os comportamentos necessários para a eficácia, e a cultura produz a transformação psicológica das pessoas no seu ambiente.

2.3. CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA

Para Mohammadreza, Sogand e Omid (2010), cultura de segurança como uma das subdivisões da cultura organizacional foi mencionado pela primeira vez no relatório Chernobyl, em 1986. Seguindo este relatório as indústrias de alto risco como a aviação e indústria nuclear criaram metodologias para reconhecer, definir e medir a cultura de segurança no sentido de diminuir a probabilidade de ocorrência de eventos adversos.

Cultura de segurança refere-se a atitudes comuns, ideias, valores e premissas que afetam indivíduos a perceção e a ação sobre questões de segurança. Assim, cultura de segurança integra a máxima de Hipócrates de "primeiro não fazer mal" mantendo a sua identidade, dentro das normas e operações de toda uma organização, e elevá-la até ao nível de uma missão.

Uma cultura de segurança é o que surge como resultado de um esforço organizacional concertada para mover todos os elementos culturais para a meta de segurança, incluindo os membros de uma organização, nos seus sistemas e atividades.

Uma organização com cultura de segurança positiva é caracterizada por:

- Confiança nas comunicações;

- Perceção conjunta sobre a importância da segurança;
- Ter uma crença firme em a eficiência dos meios de previsão;
- Perceção da importância da segurança
- Compromisso com a segurança como uma prioridade organizacional importante

Mohammadreza, Sogand e Omid (2010) referem que embora o debate sobre a definição de cultura de segurança ainda não tenha chegado a um acordo, um termo semelhante "clima de segurança" tem sido utilizado frequentemente na literatura e tem adicionado confusão. A partir do momento em que o primeiro termo foi destacado por Zohar 1980, a literatura não apresentou uma definição consensual de clima de segurança. Na verdade, algumas definições de clima de segurança são mais idênticas às definições de cultura de segurança. No entanto, com base em algumas definições, clima de segurança difere de cultura de segurança:

- O clima de segurança é um fenômeno psicológico que é normalmente definido como a perceção do estado da segurança num determinado momento;
- O clima de segurança está intimamente relacionado com questões intangíveis, como situacionais e factores ambientais;
- O clima de segurança é um fenómeno temporal, um *snapshot* de cultura de segurança, relativamente instável e sujeita a alterações, na cultura, por outro lado, a segurança é uma característica duradoura de uma organização que se reflete na sua forma consistente de lidar com questões críticas de segurança.

Naveh, Katz-Navon e Stern *apud* Mohammadreza, Sogand e Omid, (2010) definem clima como as perceções compartilhadas dos funcionários sobre as práticas, procedimentos, e do tipo de comportamentos que são recompensados, apoiado e esperado em um ambiente Dado que vários climas, existem muitas vezes simultaneamente dentro de uma única organização, o clima é considerado como uma construção específica para um referencial, ou seja, um clima é um clima de algo, como um clima para a inovação, ou para a segurança (Schneider, White, e Paul, *apud* Mohammadreza, Sogand e Omid, (2010). Além disso, as diferentes unidades dentro da organização podem ter diferentes níveis de um clima específico, como resultado

das características de seu trabalho, das interações, das condições de trabalhou comportamentos de gestão (Zohar,, *apud* Mohammadreza, Sogand e Omid, (2010).

Clima de segurança é um constructo multidimensional que engloba as percepções individuais de uma ampla gama de aspectos de segurança num ambiente de trabalho (Ashkanasy, Wilderom e Peterson, *apud* Mohammadreza, Sogand e Omid, (2010). Duas dimensões do clima de segurança que são habitualmente identificados na literatura como as percepções das práticas de segurança do supervisor imediato e da perceção dos funcionários, dada a prioridade atribuída dentro da sua unidade organizacional para a questão da segurança (Zohar, *apud* Mohammadreza, Sogand e Omid, 2010).

Naveh, Katz-Navon, e Stern, (2005) sugerem duas dimensões adicionais que são baseados na forma como os funcionários percebem as principais iniciativas que as organizações geralmente tomam a fim de melhorar o desempenho de segurança. Estas iniciativas são a implementação de procedimentos formais de segurança e a divulgação de informações sobre a segurança para os funcionários (Naveh, Katz-Navon, Stern, 2005, OHSAS 18001, 1999).

2.3.1. DIMENSÃO 1 - PROCEDIMENTOS DE SEGURANÇA.

Procedimentos de segurança, como uma dimensão do clima de segurança referem-se a perceções compartilhadas dos funcionários dos procedimentos detalhados de segurança de uma organização. O nível de detalhe dos procedimentos refere-se à forma como os funcionários percepcionam os detalhes dos procedimentos de segurança que dizem respeito a todas as questões de trabalho.

Os Naveh, Katz-Navon, e Stern, (2005) afirmam que os procedimentos formais de segurança são declarações explícitas emitidos por uma organização, mas que as percepções compartilhadas desses procedimentos formais podem variar entre as unidades organizacionais.

Procedimentos formais de segurança são um elemento da estrutura de uma organização, que definem formas específicas da realização de funções organizacionais. As organizações dependem fortemente de procedimentos formais que controlam estritamente a sequência de passos que devem ser tomados para a conclusão segura de determinadas tarefas

Estudos têm sugerido uma relação positiva entre o uso de procedimentos formais e desempenho de uma organização (Hickson, Pugh e Pheysey, *apud* Katz-Navon; Naveh; Stern 2005). A implementação de procedimentos de segurança nas organizações, conduz à melhoria da segurança, mas revelam-se inconsistentes (Leape, *apud* Katz-Navon; Naveh; Stern 2005).

Adler e Borys *apud* Katz-Navon; Naveh; Stern (2005) sugeriram que os funcionários percebem as regras e procedimentos formais como sendo bons ou maus. Os funcionários percebem procedimentos formais de segurança como bons se esses procedimentos forem aplicáveis diariamente, permitindo-lhes dominar a tarefa. Por outro lado, os funcionários podem perceber os procedimentos, como maus ou excessivamente detalhados, como podendo interferir com o fluxo diário de trabalho, como uma burocracia que dificulta o seu trabalho, e como um fardo que exige investimento de tempo e recursos humanos excessivos.

Particularmente em ambientes incertos, tais como hospitais, procedimentos muito detalhados ou muito numerosos podem ser percebidos como critério de inibição em situações que exigem adaptação imediata às novas condições (Cropanzano e Byrne *apud* Katz-Navon; Naveh; Stern 2005). Os procedimentos pouco detalhados podem ser percebidos como insuficientes, pois não abrangem todas as situações de trabalho possíveis, e assim, fornecem orientações inadequadas sobre como se comportar ou como manter a segurança. Deste modo o nível intermédio de detalhe dos procedimentos de segurança será o ideal (Adler e Boris, *apud* Katz-Navon; Naveh; Stern 2005).

2.3.2. DIMENSÃO 2 - FLUXO DE INFORMAÇÕES DE SEGURANÇA.

A segunda dimensão do clima de segurança refere-se à forma como os funcionários percebem a quantidade de informações que recebem através do circuito de informação e do treino (Katz-Navon; Naveh; Stern 2005).

O fluxo formal das informações de segurança dentro de uma organização é influenciado pelos tipos de informação veiculada, tais como, informações sobre eventos incomuns, potencialmente perigosos e o treino de segurança. A divulgação de informações de segurança aos funcionários deverá ser planeada pela organização para melhorar o desempenho de segurança do momento e do futuro dos funcionários,

aumentando as suas capacidades e redirecionando a sua atenção para a segurança (Baldridge, *et al.*, *apud* Katz-Navon; Naveh; Stern 2005).

O que está implícito dentro das organizações é que são necessárias mais informações sobre segurança e que o aumento deve levar a um melhor desempenho de segurança (Baldridge, *et al.*, *apud* Katz-Navon; Naveh; Stern 2005). Assim, habitualmente, para melhorar o desempenho de segurança, as organizações têm procurado aumentar o fluxo de informações de segurança. Recentemente, investigadores (Marcus e Nichols, apud Naveh, Katz-Navon, e Stern, 2005) chegaram a sugerir que as organizações devem prestar especial atenção às advertências de segurança, uma vez que muitos acidentes poderiam ter sido evitados se tivessem sido imitidos os avisos.

2.3.3. DIMENSÃO 3 - GESTÃO DE PRÁTICAS DE SEGURANÇA

A terceira dimensão refere-se à perceção dos funcionários em relação aos supervisores relativamente às suas actividades e métodos de trabalho utilizados tendo em conta a segurança dos funcionários (Katz-Navon; Naveh; Stern 2005)

Os líderes através das suas práticas de gestão transmitem aos funcionários a perceção de compromisso que estes têm em relação as práticas de segurança.

Nas unidades em que os funcionários desenvolvem as suas actividades com um líder que está comprometido com a segurança, esta dimensão do clima de segurança é elevada. Vários estudos têm apontado para o impacto positivo de um líder que enfatiza a segurança sobre o desempenho da segurança nas práticas de segurança. Assim sendo práticas de gestão direcionadas para a segurança que enfatizam a importância da segurança orientada para o comportamento leva a um desempenho de alta segurança. (Katz-Navon; Naveh; Stern 2005)

Assim sendo, as práticas de gestão direcionadas para a segurança que enfatizam a sua importância levam a um desempenho de alta segurança.

2.3.4. DIMENSÃO 4- A PRIORIDADE DADA A SEGURANÇA.

A última dimensão do clima de segurança o grau de prioridade atribuído à segurança dentro de uma unidade organizacional. Referindo-se às expectativas dos funcionários entre o ritmo de trabalho, carga de trabalho, pressões para produtividade e a segurança (Zohar, *apud* Katz-Navon; Naveh; Stern 2005).

Trabalhar de forma segura geralmente implica trabalhar a um ritmo mais lento, investindo esforço extra quando as condições de trabalho são menos favoráveis. Consequentemente, sempre que a pressão do trabalho aumenta, os funcionários usam um sistema complexo de considerações para estabelecer prioridades relativas à segurança versus velocidade ou produtividade.

A maioria dos funcionários primeiro procuram entender o tipo de comportamento que sua organização recompensa. Podendo obter essa informação diretamente dos sistemas de avaliação e recompensa da organização ou pela determinação por parte da organização que a segurança faz parte das suas metas. Uma vez esclarecido o comportamento exigido, os funcionários ajustam o seu comportamento de forma como serão recompensados (Katz-Navon; Naveh; Stern 2005).

No entanto, muitos sistemas de recompensa confundem os funcionários, as organizações pretendem enfatizar a segurança e, ao mesmo tempo, recompensar somente os funcionários pela velocidade e pela produtividade. Os profissionais de saúde, também orientam os seus comportamentos neste sentido deste modo definindo as suas prioridades (Katz-Navon; Naveh; Stern 2005).

No caso dos profissionais de saúde a sua experiência e autonomia, e as crenças que a profissão é regulada pelos seus membros e na importância das actividades desenvolvidas pela sua profissão fornece e determina as suas prioridades de segurança (Scott e Backman, *apud* (Katz-Navon; Naveh; Stern 2005).

As perceções da prioridade de segurança podem variar em diferentes unidades organizacionais como resultado de suas diversas actividades e dinâmicas de grupo. Uma prioridade de segurança elevada dentro de uma unidade significa que a segurança é considerada uma questão importante, independentemente de outras questões concorrentes, como a velocidade do trabalho e a produtividade.

Uma alta prioridade dada a segurança pode potenciar e motivar os funcionários a ter maior atenção e responsabilidade pela segurança influenciando a tendência dos funcionários de se comportar com segurança. Uma baixa prioridade de segurança denota que as políticas e procedimentos relacionados com a segurança são percebidos apenas como retórica e que podem não ser seguidos adequadamente ou mesmo ignorados sem que haja consequências (Falbruch e Wilpert, *apud* (Katz-Navon; Naveh; Stern 2005)

2.4. SEGURANÇA NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE EM PORTUGAL

De acordo como o plano nacional para a segurança dos doentes (2015-2020) a prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada quer ao nível de cultura de segurança existente nas instituições que prestam estes cuidados, quer à sua organização, havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde. As consequências nefastas resultantes de incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão humana, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias, mas também têm repercussões estratégicas no Sistema Nacional de Saúde (SNS) na sua economia.

Há, no entanto, que ter em consideração que a qualidade dos cuidados de saúde não se resume à garantia da sua segurança. O conceito de qualidade na saúde assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade.

Cada serviço prestador de cuidados de saúde é, em si mesmo, um sistema muito complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, requerendo, por este motivo, uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde. Neste tipo de ambiente, a gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada.

A eficácia desta abordagem global assenta na implicação ativa de três grandes funções estreitamente ligadas entre si: a função de gestão, a função de acompanhamento e a função operacional.

A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como condição essencial para a

introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos doentes.

A cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é, segundo a Organização Mundial da Saúde, para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes.

Uma instituição que presta cuidados de saúde detém um ambiente próprio, através do qual influencia os que a frequentam e se deixa por eles influenciar. Ou seja, os utentes e os profissionais são, simultaneamente, agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da instituição.

Também de acordo com o plano nacional para a segurança dos doentes a comunicação na saúde está, também, intimamente associada à transversalidade. De facto, deve atravessar toda a organização do Serviço Nacional de Saúde, de modo a que a informação disponibilizada aos profissionais de saúde e aos cidadãos permita a comparação entre produtos, técnicas, práticas profissionais, estruturas ou modelos de organização.

A legislação portuguesa consagra ao cidadão o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que lhe são propostas e sobre a evolução provável do seu estado de saúde.

Os cidadãos têm igualmente direito à informação sobre as normas e as boas práticas de segurança em vigor no Serviço Nacional de Saúde e sobre os mecanismos e procedimentos de reclamação e vias de recurso que se encontram à sua disposição.

2.5. CULTURA E CLIMA DE SEGURANÇA EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Como o ambiente de cuidados de saúde é um contexto associado a alto risco de mortalidade e morbidade, geralmente é considerado como um cenário altamente perigoso, especialmente nas unidades de cuidados intensivos (UCI) (Raftopoulos, Pavlakis, 2013).

A segurança do paciente tem sido identificada como uma área estratégica para o desenvolvimento de ambientes de cuidados seguros de saúde, como nas UCI, tendo em conta que estas unidades, são considerados importantes por apresentarem múltiplos ambientes de aprendizagem e inovação onde as iniciativas de segurança para com o paciente devem ser melhoradas numa perspectiva de evolução (Raftopoulos, Pavlakis, 2013).

Os padrões de qualidade exigidos aos prestadores de cuidados de saúde elevam o grau de exigência a um nível que a complexidade das tarefas, o ambiente onde são desempenhadas, e as condições onde decorrem podem ser vistas como as principais variáveis com influência na ocorrência de erros (Fragata *apud* Águas, Araújo, Soares, (2017)

Nas unidades de cuidados intensivos, por serem locais de elevada complexidade, onde se praticam cuidados diversificados e diferenciados, o erro parece sempre eminente e potencialmente grave para a segurança do doente (Fragata *apud* Águas, Araújo, Soares, (2017)

Portanto, o clima de segurança em UCI, refere-se ao compromisso organizacional proactivo e forte com a segurança do paciente. A não atenção à segurança do paciente pode levar a erros médicos, baixa qualidade nos cuidados ao paciente e aumento do tempo medio de internamento hospitalar (Raftopoulos, Pavlakis, 2013).

O clima de segurança das UCI é um componente importante usado pelas organizações para avaliar os cuidados de saúde. Nestas unidades são usados múltiplos exames que comprovam a segurança clinica do paciente e várias escalas que são amplamente utilizados em diferentes contextos, sendo revistos e auditados pelos pares (Raftopoulos, Pavlakis, 2013).

De acordo com a avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos pelo Ministério da Saúde (2013) o modelo de organização institucional de cada UCI deve ser definido em consonância com a missão da instituição e do serviço. Todavia, neste momento, pode-se constatar que os cuidados intensivos são uma área polivalente e multidisciplinar, cuja disponibilidade de camas é proporcional às necessidades da população da área hospitalar. São, também, dotados de recursos humanos qualificados e treinados (disponíveis 24h) e com equipamentos adequados às necessidades.

Tendo em conta o paradigma europeu, é comum estabelecer três níveis de UCI (que podem e devem coexistir na mesma unidade hospitalar), de acordo com o nível de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis.

Unidade de Nível I

Visa, basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva ou minimamente invasiva de doentes em risco de desenvolver disfunção/falência de órgão. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outras Unidades de nível superior. É também chamada de Unidade de Cuidados Intermédios.

Unidade de Nível II

Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica. Tendem, nos últimos anos, a serem fundidas funcionalmente – ou trabalharem integradas – em UCI de nível III.

Unidade de Nível III

Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva//Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Deve constituir o Serviço ou Unidade exigida aos hospitais com Urgência Polivalente.

2.5.1. PERFIL DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

De acordo coma a Ordem dos enfermeiros (2018):

> A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica tem como alvo a pessoa em situação crítica. Entende -se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais

> funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos enfermeiros, 2018).

Os cuidados de enfermagem na pessoa, família/cuidador em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Ordem dos enfermeiros, 2018).

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e competências múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. (Ordem dos enfermeiros, 2018)

2.5.1.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM SEGUROS

Na prestação direta dos cuidados de enfermagem aos doentes, deverá ser usada a Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (Parecer MCEEMC 15 / 2018)

A norma de cálculo do número adequado de enfermeiros da Ordem dos enfermeiros, o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para a própria organização, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. (Ordem dos Enfermeiros, 2014)

O cálculo das necessidades de dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um número

apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar. (Ordem dos Enfermeiros, 2014)

2.5.2. PERFIL DO ENFERMEIRO GESTOR NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

De acordo com a Rede de Referenciação de Medicina Intensiva devem ser dotados de enfermeiro-chefe com o perfil e competências adequadas de acordo com a missão do serviço e da instituição e o rácio enfermeiro/doente deve ser flexível de acordo com os níveis de cuidados necessários a prestar aos doentes, e de acordo com perfil, missão e carteira assistencial (Ministério da Saúde, 2017).

"Enfermeiro Gestor" é o enfermeiro que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais e dos conflitos (ordem dos Enfermeiros 2018)

Assim sendo, esta investigação pretende aferir se existe clima de segurança, nas unidades cuidados intensivos, neste sentido a pergunta de investigação é:

- Em que medida existe clima de segurança, nas unidades de cuidados intensivos do Hospital de Santa Maria?

Para uma maior compreensão do constructo de clima de segurança através das suas dimensões, levantaram-se as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1: Os procedimentos existentes são percepcionados pelos enfermeiros como adequados, para uma prática segura.

  - Hipótese 1a: A escolaridade tem influência na precepção dos Enfermeiros em relação aos procedimentos adequados para uma prática segura.

  - Hipótese 1b: A função que os Enfermeiros exercem influência na precepção em relação aos procedimentos adequados para uma prática segura.

- Hipótese 2: As informações de segurança que circulam na unidade permitem a percepção de uma prática segura por parte dos enfermeiros.

  - Hipótese 2a: A escolaridade tem influência na precepção dos Enfermeiros em relação as informações de segurança que circulam na unidade.

  - Hipótese 2b: A função que os Enfermeiros exercem tem influência na precepção em relação as informações de segurança que circulam na unidade.

- Hipótese 3: O Chefe da unidade de cuidados intensivos é percebido pelos enfermeiros como comprometido com a segurança.

  - Hipótese 3a: A escolaridade tem influência na precepção dos Enfermeiros em relação ao chefe da unidade.

  - Hipótese 3b: A função que os Enfermeiros exercem tem influência na precepção em relação ao chefe da Unidade.

- Hipótese 4: A segurança é percebida pelos enfermeiros como prioridade.

  - Hipótese 4a: A escolaridade tem influência na precepção dos Enfermeiros em relação a prioridade dada a segurança.

  - Hipótese 4a: A função que os Enfermeiros exercem tem influência na precepção em relação a prioridade dada a segurança.

3. METODOLOGIA

3.1. CONTEXTO

A história do hospital de Santa Maria remonta a 1934, aquando da aprovação do decreto-lei relativo à criação da comissão administrativa dos novos edifícios universitários, presidida pelo Professor Francisco Gentil. A obra foi concluída em 1953 tendo sido na altura considerada uma das maiores realizações do Estado Português até então.

A inauguração solene do edifício ocorreu a 27 de Abril de 1953, sendo que em Outubro do mesmo ano se deu a abertura do novo ano lectivo da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa já nas novas instalações do hospital. Em 1968 iniciou, nos terrenos do Hospital de Santa Maria, a construção dos edifícios da escola de enfermagem, financiada pela Fundação Calouste Gulbenkian, dada a necessidade crescente de recursos humanos relativamente a Enfermagem. Foi inaugurada como nome de Escola de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa.

Presentemente, o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte (CHULN), integra dois importantes estabelecimentos universitários de referência do Serviço Nacional de Saúde português, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de Pulido Valente.

Na sua Missão estão consagradas importantes funções integradas de prestação de cuidados de saúde, de formação pré, pós-graduada e continuada e de inovação e investigação, constituindo-se como unidade essencial dentro do sistema de saúde português. A par do apoio que presta às populações da sua zona de influência directa, garante também referenciação diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no âmbito regional e nacional e dos países de expressão portuguesa.

O Hospital de Santa Maria esta organicamente por 5 departamentos sendo estes: médico, cirúrgico, obstetrícia/ginecologia e medicina reprodutiva; pediatria; e neurociências/saúde mental. As unidades de cuidados intensivos, estudadas nesta investigação, foram criadas para dar apoio as especificidades de cada departamento, apoiando as particularidades da doença dos pacientes que se apresentam em estado crítico. Na formulação da questão de investigação refletiu-se sobre a importância da segurança perante pacientes com grande complexidade que integram estas unidades

de cuidados intensivos, subsequentemente pretendeu-se verificar a existência de clima de segurança nessas mesmas unidades.

3.2. AMOSTRA

A população alvo de estudo são os 258 Enfermeiros de cuidados Intensivos do Hospital de Santa Maria – CHULN, no sentido de poder ser representativa e dar resposta a pergunta de investigação. A amostra foi recolhida nas unidades de cuidados intensivos do Hospital de Santa Maria, por serem unidades que abrangem inúmeras especialidades, com todos níveis operacionais que a Direcção Geral de Saúde definiu (referido no enquadramento teórico). Pela dimensão do hospital e a sua área de abrangência, apresenta uma casuística significativa de pacientes, podendo deste modo os profissionais de saúde depararem-se com a complexidade de pacientes em estado crítico.

O grupo profissional dos Enfermeiros está presente em todos os momentos assistências a pacientes críticos, tem a responsabilidade de ter disponível todos os recursos necessários para prestar cuidados ao paciente desta complexidade. Acompanha a evolução da situação clínica do paciente adaptando a sua atuação. É também o Enfermeiro que articula as dinâmicas intra-unidade no que respeita aos cuidados de enfermagem autónomos e interdependentes com os outros elementos da equipa de saúde. Desta forma, podemos considerar um elemento pivô para que possamos investigar o clima de segurança organizacional.

Dos 258 questionários entregues obteve-se resposta a 243, sendo que 15 foram excluídos da análise por se apresentarem sem resposta a qualquer das questões apresentadas, assim sendo a amostra corresponde a 94% da população alvo, considerando-se uma excelente taxa de resposta.

A amostra é constituída por 49 Enfermeiros que correspondem a 20.2% e 194 Enfermeiras que corresponde a 79.8% da amostra.

A idade da amostra distribui-se da seguinte forma: 5 indivíduos com menos de 25 anos (2.1%), 161 indivíduos encontram-se entre os 25-35 anos (68.3%), 48 indivíduos situam-se entre os 36-45 anos (19.8%), 25 indivíduos encontram-se entre 46-55 anos (10.3%) e por último, 4 indivíduos com idade superior a 55 anos (1.6%).

Em relação ao tempo de exercício profissional, 55 indivíduos com menos de 4 anos de exercício (22.6%), 91 indivíduos entre 5 e 9 anos de exercício (37.4%), 62 indivíduos entre 10 e 20 anos de exercício (25.5%), 28 indivíduos entre 21 e 30 anos de exercício (11.5%) e 7 indivíduos com mais de 30 anos de exercício profissional. Verifica-se que em média os Enfermeiros da amostra exercem funções em unidades de cuidados intensivos há 7.32 anos.

3.3. PROCEDIMENTO

Para a ter acesso à amostra foi realizada uma reunião com a Enfermeira Adjunta da Direção de Enfermagem na qual foi exposto o objetivo da investigação, com discussão do tema da dissertação, passando a ser o elo com a unidade incluída na investigação.

Posteriormente houve contacto com a Enfermeira Responsável pela formação e investigação do hospital, tendo sido apresentado o objectivo da investigação e o instrumento de recolha de dados. Organicamente a Enfermeira Diretora faz parte do conselho de administração, a qual nomeou 6 enfermeiros adjuntos, que representam os elos de ligação das chefias intermédias que se encontram nos serviços e respectivas unidades que as integram.

A mesma em representação da Enfermeira Directora, aprovou a aplicação dos questionários no âmbito desta investigação.

Aquando da distribuição dos questionários (Anexo A) pelas unidades foi exposto o objectivo da investigação as chefias intermédias, que de acordo a indicação da Direcção de Enfermagem ficaram responsáveis pela distribuição pelos restantes Enfermeiros das todas as Unidades de cuidados intensivos do Hospital de Santa Maria. Foi assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes na investigação.

Os dados recolhidos foram inseridos e analisados através do SPSS (*Statistical Package for Social Science,* versão 25).

3.4. INSTRUMENTOS

3.4.1. QUESTIONÁRIO DE CLIMA DE SEGURANÇA

Com o objectivo de avaliar o clima de segurança organizacional foi utilizado o Questionário de clima de segurança de Katz-Navon et al. (2005). Os autores construíram o questionário através da adaptação de diversas investigações, sendo este instrumento composto por 21 itens, distribuídos por 4 dimensões: "procedimentos de segurança", "fluxo de informação de segurança", "gestão de segurança" e " prioridade dada a segurança". Sendo respondidos numa escala do tipo Likert de 5 pontos (1="Discordo plenamente" a 5="Concordo plenamente) referentes as dimensões "procedimentos de segurança" e "fluxo de informação de segurança", (1="Totalmente verdadeiro" até 5="Concordo plenamente"), correspondentes as dimensões "gestão de práticas de segurança" e " prioridade dada a segurança".

Após apresentação da forma de construção que os autores utilizaram para construir o questionário e investigar o clima de segurança, explica-se cada dimensão e os indicadores que as compõem, apresentando o coeficiente de confiabilidade de cada uma.

1. Dimensão "procedimentos de segurança" construída através dos trabalhos de Brunsson et al. (2000; α=.91): "Na minha unidade: Existem protocolos de actuação escritos; Estão definidos os procedimentos de segurança adequados a cada situação; Os procedimentos de segurança estão descritos detalhadamente; Os procedimentos de segurança abrangem as diferentes situações".

2. Dimensão "fluxo de informação de segurança" construída através de 4 itens adaptados de Hofmann e Stetzer (1998) e O'Reilly (1980; α=.85): "Na minha unidade: Os funcionários são informados das atualizações, regras e regulamentos dos procedimentos de segurança; Os funcionários são informados dos perigos potenciais: Existem formação contínua em procedimentos de segurança; A informação dos procedimentos de segurança é disponibilizada regularmente"

3. Dimensão "gestão de práticas de segurança" construída a através de 6 itens adaptados do factor de expectativas de Zohar (200) e da avaliação de clima de

segurança de Hofmann e Stetzer (1998) (α=.85). Nesta dimensão foi pedido aos profissionais de saúde que avaliassem o seu chefe quanto a segurança: "Na minha unidade, o chefe: Esta próximo dos elementos da equipa, alertando para as questões de segurança no trabalho; Supervisiona com maior proximidade, quando um membro da equipa viola uma regra de segurança; Considera o desempenho da segurança nas avaliações de desempenho e progressões; Manifesta-se irritado com os trabalhadores que ignoram regras de segurança; Garante que não há riscos na unidade; Cria uma atmosfera em que as pessoas podem dizer o que pensam sobre a segurança".

4. Dimensão " prioridade dada a segurança" construída por sete itens adaptados de Zohar (2000, α=.89): "Na minha unidade: De modo a cumprir todas as atividades a realizar, é necessário quebras regras de segurança: Quando a pressão aumenta e existe mais trabalho, é dada preferência a rapidez de execução do mesmo, ainda que isso signifique um comprometimento da segurança; A escassez de recursos humanos leva ao não cumprimento das normas de segurança; As normas e procedimentos de segurança são ignorados; A existência das normas de segurança, é apenas uma obrigação legal; Ignorar a segurança é aceitável; Não importa a forma como o trabalho é feito, desde que não haja acidentes.

De forma a avaliar a consistência interna de cada dimensão do questionário de clima de segurança de Kartz-Novon et al. (2005), foi utilizado o *alfa de Cronbach* (α), como medida de consistência interna no questionário. Relativamente a dimensão procedimentos de segurança a consistência interna foi de α=.925, na dimensão fluxo de informação de segurança foi de α=.879, na dimensão gestão de práticas de segurança foi de α=.838 e na dimensão prioridade dada a segurança foi de α=.810, valores que são considerados excelentes.

3.5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.5.1. ANALISE COMPONENTES PRINCIPAIS

Tabela 1 - Comunalidades

	Inicial	Extração
Existem protocolos de actuação escritos	1,000	,679
Estão definidos os procedimentos de segurança adequados a cada situação	1,000	,767
Os procedimentos de segurança estão descritos detalhadamente	1,000	,825
Os procedimentos de segurança abrangem as diferentes situações	1,000	,788
Os funcionários são informados das actualizações, regras e regulamentos dos procedimentos de segurança	1,000	,656
Os funcionários são informados dos perigos potencias	1,000	,534
Existe formação contínua em procedimentos de segurança	1,000	,588
A informação dos procedimentos de segurança é disponibilizada regularmente	1,000	,628
Está próximo dos elementos da equipa, alertando para as questões de segurança no trabalho	1,000	,689
Supervisiona com maior proximidade, quando um elemento da equipa viola uma regra de segurança	1,000	,701
Considera o desempenho da segurança nas avaliações de desempenho e progressões	1,000	,641
Manifesta-se irritado com trabalhadores que ignoram regras de segurança	1,000	,540
Garante que não há riscos na unidade.	1,000	,413
Cria uma atmosfera em que as pessoas podem dizer o que pensam sobre a segurança	1,000	,585
De modo a cumprir todas as actividades a realizar, é necessário quebras de regras de segurança	1,000	,538
Quando a pressão aumenta e existe mais trabalho, é dada preferência a rapidez de execução do mesmo, ainda que isso signifique um comprimento da segurança	1,000	,715
A escassez de recursos humanos leva ao não comprimento das normas de segurança	1,000	,698
As normas e procedimentos de segurança são ignorados.	1,000	,571
A existência das normas de segurança, é apenas uma obrigação legal	1,000	,522
Ignorar a segurança é aceitável	1,000	,616
Não importa a forma como o trabalho é feito, desde que não haja acidentes	1,000	,589

Podemos verificar que através do método de análise de componentes principais a variância de cada indicador do questionário utilizado na investigação. Sendo que os indicadores apresentam valores ≥0.5, com a excepção do indicador “Garante que não há riscos na unidade” com um valor de 0,413.

Tabela 2 - Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,875
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	2794,549
	gl	210
	Sig.	,000

De acordo com Martinez e Ferreira (2007) os valores aceitáveis para a medida de Kaiser-Meyer- Olkim devem rondar os .80/.90. Esta investigação, apresenta um valor de 0.875, podemos, assim, afirmar que é de considerar a investigação que se está a realizar, demonstrando que existe implicações da amostra na investigação. O teste de Bartlett apresenta uma significância de 0.000 neste sentido podemos declarar que a matriz de correlação é uma matriz de identidade para a investigação.

Tabela 3 - Variância total explicada

Componente	Autovalores iniciais			Somas de extração de carregamentos ao quadrado			Somas de rotação de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	7,399	35,233	35,233	7,399	35,233	35,233	4,733	22,539	22,539
2	2,762	13,151	48,384	2,762	13,151	48,384	3,803	18,107	40,646
3	1,881	8,958	57,342	1,881	8,958	57,342	2,514	11,970	52,617
4	1,242	5,914	63,256	1,242	5,914	63,256	2,234	10,640	63,256
5	,988	4,707	67,963						
6	,749	3,568	71,531						
7	,717	3,413	74,944						
8	,660	3,142	78,086						
9	,603	2,870	80,955						
10	,562	2,678	83,633						
11	,534	2,544	86,177						
12	,498	2,369	88,546						
13	,416	1,981	90,527						
14	,371	1,768	92,295						
15	,343	1,635	93,930						
16	,283	1,346	95,276						
17	,271	1,293	96,569						
18	,230	1,094	97,662						
19	,206	,982	98,645						
20	,172	,819	99,464						
21	,113	,536	100,000						

A variância total explicada é apresentada através desta tabela, na qual podemos aferir a percentagem de informação da escala que é explicada pelos componentes extraídos.

Constata-se que a escala apresenta 4 componentes distintos que explicam 63,256% da variância do questionário aplicado. Sendo que os restantes são explicados por outros componentes que possuem um peso menos significativo. O primeiro componente explica 22.539% da variância, o segundo componente 18.107%, o terceiro 11.970% e o quarto e último 10.640% do total da variância

De seguida realizou-se o estudo da matriz de componentes rotativa (através do método rotação varimax). Esta matriz relaciona os itens com os componentes extraídos. Quanto maior a correlação maior a pureza das medidas dos componentes.

Tabela 4 - Matriz de componente rotativa

	Componente			
	1	2	3	4
Os procedimentos de segurança estão descritos detalhadamente	,892			
Os procedimentos de segurança abrangem as diferentes situações	,872			
Estão definidos os procedimentos de segurança adequados a cada situação	,830			
Existem protocolos de actuação escritos	,756			
A informação dos procedimentos de segurança é disponibilizada regularmente	,644	,360		
Os funcionários são informados das actualizações, regras e regulamentos dos procedimentos de segurança	,636	,426		
Existe formação contínua em procedimentos de segurança	,626	,347		
Os funcionários são informados dos perigos potencias	,539	,422		
Considera o desempenho da segurança nas avaliações de desempenho e progressões		,766		
Supervisiona com maior proximidade, quando um elemento da equipa viola uma regra de segurança	,318	,757		
Manifesta-se irritado com trabalhadores que ignoram regras de segurança		,730		
Está próximo dos elementos da equipa, alertando para as questões de segurança no trabalho	,366	,720		
Cria uma atmosfera em que as pessoas podem dizer o que pensam sobre a segurança		,704		
Garante que não há riscos na unidade.		,575		
A escassez de recursos humanos leva ao não comprimento das normas de segurança			,816	
Quando a pressão aumenta e existe mais trabalho, é dada preferência a rapidez de execução do mesmo, ainda que isso signifique um comprimento da segurança			,805	
De modo a cumprir todas as actividades a realizar, é necessário quebras de regras de segurança			,697	
Ignorar a segurança é aceitável				,760
Não importa a forma como o trabalho é feito, desde que não haja acidentes				,738
A existência das normas de segurança, é apenas uma obrigação legal				,671
As normas e procedimentos de segurança são ignorados.			,483	,520

No questionário utilizado nesta investigação os primeiros 4 itens são correspondentes à primeira dimensão “procedimentos de segurança”, que esta matriz confirma uma correlação excelente entre os primeiros 4 itens e o nosso primeiro componente.

Em relação a segunda dimensão do questionário “fluxo de Informação de segurança” corresponde do quinto ao oitavo itens, que nesta matriz de análise existe correlação destes itens com os componentes 1 e 2, sendo uma correlação mais forte com o componente 1.

A terceira dimensão do questionário “gestão de práticas de segurança” corresponde ao nono item até ao décimo quarto item, sendo que nesta matriz encontram-se fortemente correlacionados com o componente 2.

A última dimensão do questionário “prioridade dada a segurança” corresponde ao décimo quinto até vigésimo primeiro item, que nesta matriz de análise o décimo quinto até ao décimo sétimo item correlaciona-se fortemente com o componente 3 e o décimo oitavo até o vigésimo primeiro item correlaciona-se com o componente 4. O item “As normas e procedimentos de segurança são ignorados” está correlacionado nesta matriz com o componente 3 e 4, sendo próxima esta correlação.

De seguida procedeu-se a análise do valor média de resposta de cada dimensão do questionário, de modo a dar resposta as 4 hipóteses colocadas nesta investigação.

Tabela 5 - Valor médio de resposta para cada dimensão do questionário

		PROC_SEG	FLUX_INF_SEG	GEST_PRAT_SEC	PRIOD_SEG
N	Válido	243	243	243	243
	Omisso	0	0	0	0
Média		3,03	3,0442	2,5014	3,7352
Erro Desvio		1,019	,97772	,88982	,83426

Utilizou-se a análise de variância (ANOVA) no sentido de compreendermos se as quatro dimensões de “Clima de segurança”, descritas neste capítulo, diferem de acordo com a escolaridade e as funções dos Enfermeiros.

Hipótese 1: Os procedimentos existentes são percecionados pelos enfermeiros como adequados, para uma prática segura.

Podemos afirmar que sim. Sendo que o valor médio de resposta é de 3.03 com um desvio padrão de 1.019 em relação ao total da amostra (tabela 5).

Hipótese 1a: A escolaridade tem influência na precepção dos Enfermeiros em relação aos procedimentos adequados para uma prática segura.

Hipótese 1b: A função que os Enfermeiros exercem influência na precepção em relação aos procedimentos adequados para uma prática segura.

Tabela 6 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a escolaridade

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
PROC_SEG	Com base em média	1,854	5	237	,103
	Com base em mediana	1,547	5	237	,176
	Com base em mediana e com df ajustado	1,547	5	207,393	,177
	Com base em média aparada	1,911	5	237	,093

Tabela 7 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação à função

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
PROC_SEG	Com base em média	,750	2	240	,474
	Com base em mediana	1,166	2	240	,313
	Com base em mediana e com df ajustado	1,166	2	238,253	,313
	Com base em média aparada	,842	2	240	,432

O teste de homogeneidade de variâncias revela que não existe diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e a função relativamente a prioridade da a segurança, dado que o nível de significância é superior a .05. Uma vez que as variâncias são homogéneas, está reunido um dos requisitos para esta análise de variância.

Tabela 8 - ANOVA escolaridade

PROC_SEG					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	3,885	5	,777	,744	,591
Nos grupos	247,566	237	1,045		
Total	251,451	242			

Tabela 9 - ANOVA função

PROC_SEG					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	1,129	2	,564	,541	,583
Nos grupos	250,322	240	1,043		
Total	251,451	242			

De acordo com as tabelas 10 e 11 a significância apresenta valores superiores a .05 tanto na escolaridade como na função, assim podemos afirmar que a prioridade dada a segurança não difere significativamente com a escolaridade ou com a função que exerce.

Hipótese 2: As informações de segurança que circulam na unidade permitem a percepção de uma prática segura por parte dos enfermeiros.

Podemos verificar que sim. Sendo que o valor médio de resposta é de 3.044 com um desvio padrão de 0.977 (tabela 5).

Hipótese 2a: A escolaridade tem influência na precepção dos Enfermeiros em relação as informações de segurança que circulam na unidade.

Hipótese 2b A função que os Enfermeiros exercem tem influência na precepção em relação as informações de segurança que circulam na unidade.

Tabela 10 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a escolaridade

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
FLUX_INF_SEG	Com base em média	,634	5	237	,674
	Com base em mediana	,604	5	237	,697
	Com base em mediana e com df ajustado	,604	5	225,906	,697
	Com base em média aparada	,632	5	237	,676

Tabela 11 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a função

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
FLUX_INF_SEG	Com base em média	,052	2	240	,949
	Com base em mediana	,052	2	240	,950
	Com base em mediana e com df ajustado	,052	2	239,271	,950
	Com base em média aparada	,052	2	240	,949

O teste de homogeneidade de variâncias revela que não existe diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e a função relativamente a fluxo de informação de segurança, dado que o nível de significância é superior a .05. podemos afirmar que as variâncias são homogéneas.

Tabela 12 - ANOVA escolaridade

FLUX_INF_SEG					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	3,581	5	,716	,745	,590
Nos grupos	227,756	237	,961		
Total	231,337	242			

Tabela 13 - ANOVA função

FLUX_INF_SEG					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	2,791	2	1,396	1,466	,233
Nos grupos	228,545	240	,952		
Total	231,337	242			

De acordo com as tabelas 14 e 15 a significância apresenta valores superiores a .05 tanto na escolaridade como na função, assim podemos aferir que ao fluxo de informações de segurança não difere significativamente com a escolaridade ou com a função exercida.

Hipótese 3: O Chefe da unidade de cuidados intensivos é percebido pelos enfermeiros como comprometido com a segurança.

Apresentando um valor médio de resposta de 2.5 com um desvio padrão de 0.889, demonstra possivelmente alguma apreensão por parte dos Enfermeiros em perceber o chefe da unidade como comprometido com a segurança (tabela 5).

Hipótese 3a: A escolaridade tem influência na precepção dos Enfermeiros em relação ao chefe da unidade.

Hipótese 3b: A função que os Enfermeiros exercem tem influência na precepção em relação ao chefe da Unidade.

Tabela 14 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a escolaridade

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
GEST_PRAT_SEC	Com base em média	2,075	5	237	,069
	Com base em mediana	1,552	5	237	,175
	Com base em mediana e com df ajustado	1,552	5	189,612	,176
	Com base em média aparada	1,971	5	237	,084

Tabela 15 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a função

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
GEST_PRAT_SEC	Com base em média	1,067	2	240	,346
	Com base em mediana	1,019	2	240	,362
	Com base em mediana e com df ajustado	1,019	2	239,561	,362
	Com base em média aparada	1,032	2	240	,358

O teste de homogeneidade de variâncias revela que não existe diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e a função relativamente a gestão de práticas de segurança, dado que o nível de significância é superior a .05. podemos afirmar que as variâncias são homogéneas.

Tabela 16 - ANOVA escolaridade

GEST_PRAT_SEC					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	2,469	5	,494	,619	,686
Nos grupos	189,141	237	,798		
Total	191,611	242			

Tabela 17 - ANOVA função

GEST_PRAT_SEC					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	2,163	2	1,081	1,370	,256
Nos grupos	189,448	240	,789		
Total	191,611	242			

De acordo com as tabelas 18 e 19 a significância apresenta valores superiores a .05 tanto na escolaridade como na função, assim podemos referir que a gestão de práticas de segurança não difere significativamente com a escolaridade ou com a função exercida.

Hipótese 4: A segurança é percebida pelos enfermeiros como prioridade

Sim, a segurança é percebida pelos enfermeiros com sendo uma prioridade. Apresentando um valor médio de resposta de 3.735 e um desvio padrão de 0.834 (tabela 5), sendo que foi invertida da escala que se apresenta no questionário.

Hipótese 4a: A escolaridade tem influência na precepção dos Enfermeiros em relação a prioridade dada a segurança.

Hipótese 4a: A função que os Enfermeiros exercem tem influência na precepção em relação a prioridade dada a segurança.

Tabela 18 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a escolaridade

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
PRIOD_SEG	Com base em média	,307	5	237	,908
	Com base em mediana	,245	5	237	,942
	Com base em mediana e com df ajustado	,245	5	182,197	,942
	Com base em média aparada	,282	5	237	,923

Tabela 19 - Teste de Homogeneidade de Variâncias em relação a função

		Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
PRIOD_SEG	Com base em média	1,201	2	240	,303
	Com base em mediana	1,183	2	240	,308
	Com base em mediana e com df ajustado	1,183	2	237,583	,308
	Com base em média aparada	1,199	2	240	,303

O teste de homogeneidade de variâncias revela que não existe diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e a função relativamente a prioridade dada a segurança, dado que o nível de significância é superior a .05. podemos afirmar que as variâncias são homogéneas.

Tabela 20 - ANOVA escolaridade

PRIOD_SEG					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	1,718	5	,344	,489	,785
Nos grupos	166,712	237	,703		
Total	168,430	242			

Tabela 21 - ANOVA função

PRIOD_SEG					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	,737	2	,368	,527	,591
Nos grupos	167,693	240	,699		
Total	168,430	242			

De acordo com as tabelas 22 e 23 a significância apresenta valores superiores a .05 tanto na escolaridade como na função, assim podemos afirmar que a prioridade dada a segurança não difere significativamente com a escolaridade ou com a função exercida.

Em resposta a **pergunta de investigação** “Em que medida existe clima de segurança, nas unidades de cuidados intensivos do Hospital de Santa Maria? “, podemos aferir que existe um clima de segurança nas unidades de cuidados intensivos do Hospital de Santa Maria, na medida em que o valor da média de resposta 3.116 com um desvio padrão de 0.533.

4. CONCLUSÃO

Neste capítulo são apresentadas as conclusões e limitações desta investigação bem como sugestões para futuras investigações, relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde tendo em conta a segurança organizacional.

Como afirma Glover, et al. (2017) há mais de uma década, a questão crítica da qualidade do atendimento nos hospitais foi colocada na vanguarda da agenda global da saúde, uma vez que as principais organizações mundiais de saúde exigiam a priorização da qualidade do atendimento as populações.

No entanto, a qualidade dos cuidados é uma preocupação constante para as organizações de saúde. A qualidade é entendida como o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter resultados positivos para os indivíduos e as populações com a evidência científica do momento actual.

Muitas reformas da saúde incluem práticas integrativas, que incluem procedimentos formais de coordenação de cuidados, avaliação de desempenho e a troca livre de informações entre os intervenientes do sistema de saúde complexo. As diferenças em relação variedade de factores organizacionais, incluindo a burocracia organizacional, a tecnologia da informação, a cultura organizacional e o compromisso com a melhoria da qualidade podem ser parcialmente responsáveis resultados de desempenho direcionados para a qualidade.

De acordo com Nembhard e Tucker (2011) a dinâmica organizacional em serviços dinâmicos, com os de saúde representa um grande desafio devido a três características: mudança rápida, complexidade e incerteza.

Além do dinamismo, os profissionais de saúde encontram um alto grau de complexidade no trabalho. Impulsionada em grande parte pela enorme base de conhecimento teórico e prático, tornando a actuação altamente especializada. O alto grau de especialização significa que cada profissional traz uma fração do conhecimento necessário para cuidar dos pacientes. Assim, há um alto nível de interdependência nesse cenário, e que continua a crescer entre os intervenientes porque as novas tecnologias e práticas de cuidado envolvem cada vez mais processos de trabalho. A natureza do trabalho significa que os profissionais de saúde não podem implementar novos conhecimentos sem colaborar interdisciplinarmente.

Os trabalhadores desenvolvem memória transacional sobre "quem sabe o quê. Este conhecimento facilita o desenvolvimento de um entendimento compartilhado que permite aos colaboradores coordenar o seu trabalho efetivamente, demonstrando menos necessidade de planeamento das actividades, atuando sem equívocos e mais coordenadamente. Deste modo a colaboração interdisciplinar permite uma actuação nos cuidados de saúde mas eficiente, com maior qualidade e segurança. (Nembhard e Tucker 2011)

Katz-Navon, Naveh e Stern (2005) referem que procedimentos de segurança muito burocráticos não deixam o trabalho fluir. Cropranzano e Byrne *apud* Katz-Navon; Naveh; Stern (2005) Reforçam a ideia anterior, particularizando aos profissionais de saúde, mencionado que estão expostos a ambientes incertos e voláteis, em que a existem de demasiados procedimentos formais inibem os profissionais em situações que, por vezes, necessitam de actuação e adaptação imediatas. Por outro lado, procedimentos formais, poucos, inadequados, menos explícitos ou confusos, que não contemplam as situações passiveis de ocorrer, são vistos como insuficientes para manter a segurança. Com esta investigação verifica-se que nas unidades de cuidados intensivos os procedimentos de segurança são percepcionados pelos Enfermeiros como adequados as situações que se possam apresentar, no contexto em que se encontram inseridos.

Ao nível do volume ideal de fluxo de informação, Katz-Navon Naveh e Stern (2005) defendem que o ideal é o intermédio, sendo que excesso de informação leva, em alguns momentos, a dificuldades de interpretação e por outro lado a escassez de informação leva a dificuldade em saber com actuar perante os pacientes. A presente investigação aponta para a confirmação da perspectiva dada por estes investigadores no seu estudo, verificando-se que as informações de segurança que circulam nas unidades de cuidados intensivos entre enfermeiros permitem a percepção de uma prática segura por parte dos enfermeiros.

Ehrhart e Schneider (2016), referem que pesquisas recentes exploraram como o clima de diversidade e o clima de prestação de cuidados interagem na previsão da satisfação do cliente e como o clima de segurança, clima de serviço e clima de produtividade influenciam simultaneamente a relação entre segurança versus conflito de produção e comportamento de segurança. Relativamente a esta pesquisa o clima,

opera simultaneamente em múltiplos níveis da uma organização. O alinhamento entre esses níveis é fundamental para a eficácia organizacional.

Outra tendência que Ehrhart e Schneider (2016) referem é analisar os perfis de dimensões climáticas. Uma ideia que também tem sido aplicada à força do clima de segurança, examinando padrões de concordância entre unidades de trabalho. Esta investigação vai ao encontro desta perspectiva, tendo sido apresentado uma análise de componentes principais, para verifica-se a consistência das dimensões climáticas analisadas. O padrão de concordância entre unidades de trabalho apresenta-se após esta investigação, também como uma perspectiva para futuras investigações, no sentido de se agrupar as unidades de cuidados intensivos por área de actuação e especificidade clínica.

De acordo com Katz-Navon, Naveh e Stern (2005) a prioridade dada à segurança pelas organizações e as suas unidades pode variar de acordo com a dinâmica do grupo ou até com as suas actividades, sendo que nas organizações em que dão prioridade à segurança transmitem aos funcionários essa perspectiva.

Nas organizações em que a segurança não seja dada como prioridade, os protocolos de actuação, são vistos pelos colaboradores apenas como retóricos, sendo, na maioria das vezes ignoradas, sem se verificar consequências (Falbruch e Wilpert *apud* Katz-Navon; Naveh; Stern 2005). A investigação realizada aponta que segurança é percebida pelos enfermeiros como prioridade. Esta dimensão de clima, apresenta o valor médio de resposta mais elevado das 4 dimensões de clima de segurança, reflectindo a importância que os Enfermeiros dão a segurança, sendo que estabelecem como enfoque as características clínicas dos pacientes que são admitidos em unidades de cuidados intensivos.

O desenvolvimento de intervenções específicas para melhorar o clima das unidades de trabalho tem sido particularmente prevalente na literatura de segurança. Nesta trajetória a forma como os líderes podem desenvolver um clima propício a implementação de práticas seguras baseadas em evidências nas organizações de saúde

Os líderes, através das suas práticas de gestão transmitem aos funcionários uma perceção do nível de comprometimento que estes têm em relação as práticas de segurança. Deste modo os funcionários que observam comportamentos seguros por

parte dos seus líderes seguem o mesmo padrão de comportamento. Esta investigação demonstra alguma apreensão por parte dos Enfermeiros em perceber o chefe da unidade como comprometido com a segurança, sendo que o valor médio de resposta é o mais baixo das 4 dimensões de clima de segurança.(Katz-Navon; Naveh; Stern 2005)

Para Ehrhart e Schneider (2016), do foco na liderança destaca-se o papel crucial que os líderes podem desempenhar no desenvolvimento e na mudança do clima organizacional, dado importância ao alinhamento da liderança para o desenvolvimento de climas positivos, fortes de processo e estratégicos. No entanto, ainda são precisas mais pesquisas sobre como os climas emergem e são criados, e especificamente sobre o papel da liderança e da cultura na sua criação.

Os resultados desta investigação corroboram a importância do clima de segurança nas organizações que prestam cuidados de saúde, no sentido em que podemos compreender a influencia do clima de segurança na dinâmica organizacional e nos seus resultados que neste caso esta intimamente ligado com resultados para os pacientes, nomeadamente na qualidade do atendimento. Estes resultados são reflexo da existência de clima organizacional que dá prioridade a segurança.

A pergunta de investigação “Em que medida existe clima de segurança, nas unidades de cuidados intensivos do Hospital de Santa Maria? “, pode-se afirmar que existe um clima de segurança nas unidades de cuidados intensivos do Hospital de Santa Maria, bem espelhado na investigação realizada.

Para Ehrhart e Schneider (2016), a área que tem recebido crescente interesse é o tema da força climática. A abordagem típica para estudar força clima é tratá-la como um moderador da relação entre o clima e os resultados. A investigação adicional sobre a força clima forneceu alguns *insights* visto que alguns climas podem ser mais fortes ou mais fracos do que outros. Factores como a liderança, a interação social, a coesão do grupo, o tamanho do grupo, espaço temporal que o grupo permanece junto, e diversidade da equipa foram todos identificados como antecedentes da força clima. (Ehrhart e Schneider, 2016)

Sustentando-se a investigação supra referida seria importante para investigações futuras, agrupar as unidades de cuidados intensivos por especialidade clinica, pelas especificidades que cada uma apresenta, levando à necessidade de averiguar as

competências técnicas e práticas dos elementos que constituem a equipa multidisciplinar. Seria importante avaliar dinâmicas de grupo de modo a verificar como se comportam perante situações que não estão previstas. (Aprendizagem autónoma que advém das situações vivenciadas e a aprendizagem induzida que é adquirida através da formação).

No momento actual seria importante perceber o tempo de permanência das pessoas nas equipas multidisciplinares e as implicações que poderá ter para a organização e, mais concretamente, para o desempenho organizacional traduzido em tempo de internamento e satisfação do paciente.

Em futuras investigações seria interessante alargar a população alvo a outras regiões do país, a instituições de saúde públicas, privadas e colaborativas, por apresentarem características de gestão distintas, mas em que o foco primário será o paciente. Incluir no estudo os vários elementos das equipas multidisciplinares revela-se crucial para aprofundar o conhecimento das multidimensões do clima de Segurança organizacional, avaliar por exemplo a relação com a segurança psicológica.

Esta perspectiva de futuras investigações vai de encontro ao que refere o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da Direcção Geral de saúde (DGS) em relação a Política da Qualidade como sendo: melhorar a qualidade clínica e organizacional; reforçar a segurança dos doentes; monitorizar a qualidade e a segurança; reconhecer a qualidade das unidades de saúde; Informar e capacitar o cidadão, as investigações de clima de segurança são muito importantes, no sentido de transformar os resultados obtidos em ganhos em saúde pela população portuguesa.

REFERÊNCIAS

ÁGUAS, Ricardo ; ARAÚJO, Clara de Assis Coelho de ; SOARES, Salete (2017) - Questionário de atitudes de segurança – versão cuidados intensivos : adaptação e validação para a população portuguesa. Revista de Enfermagem Referência [Em linha]. S. 4, 15 (Out.-Dez. 2017) 101–108. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn15/serIVn15a11.pdf>.

CLARKE, Sean P. (2006) - Organizational climate and culture factors. Annual Review of Nursing Research. ISSN 0739-6686. 24:1 (2006) 255–272. doi: 10.1891/0739-6686.24.1.255.

EHRHART, Mark G. ; SCHNEIDER, Benjamin (2016) - Organizational climate and culture. In Oxford Research Encyclopedia, Psychology [Em linha]. Oxforf : Oxford University Press. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: 10.1093/acrefore/9780190236557.013.3>.

GLOVER, Wiljeana [*et al.*] (2017) - Improving quality of care through integration in a hospital setting: a human systems integration approach. IEEE Transactions on Engineering Management [Em linha]. 64:3 (2017) 365-376. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: https://ieeexplore.ieee.org/document/7904700>.

GULDENMUND, Frank (2006) - Much Ado about Safety Culture [Em linha]. [S.l. : s.n.]. Paper to the 3th International Conference on Working on Safety (WoS), The Netherlands, at the Eemhof on 12-15 September 2016. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL:https://pdfs.semanticscholar.org/8314/bd5faff0fc665027b0ff8eb7f88ffc6de48d.pdf>.

KATZ-NAVON, Tal ; NAVEH, Eitan ; STERN, Zvi (2005) - Safety climate in health care organizations. Academy of Management Journal [Em linha]. 48:6 (2005) 1075–1089. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: https://doi.org/10.5465/amj.2005.19573110>.

MARTINEZ, Luís Manuel da Silva Pereira Fructuoso ; FERREIRA, Aristides Isidoro (2007) - Análise de dados com SPSS : primeiros passos. Lisboa : Escolar Editora.

MOHAMMADREZA, A. ; SOGAND, T. ; OMID, B. (2010) - Measuring safety culture

and setting priorities for action at an iranian hospital. Al Ameen Journal of Medical Sciences. ISSN 0974-1143. 03:03 (2010) 237–245. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20103253524>.

NEMBHARD, Ingrid M. ; TUCKER, Anita L. (2011) - Deliberate learning to improve performance in dynamic service settings: evidence from hospital intensive care units. Organization Science [Em linha]. 22:4 (2011) 907-922. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW: <URL: https://www.researchgate.net/publication/220520920_Deliberate_Learning_to_Improve_Performance_in_Dynamic_Service_Settings_Evidence_from_Hospital_Intensive_Care_Units>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018) - Parecer N.º 15/2018 : Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. [S.l.] : Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf>.

PAIVA, José Artur [*et al.*] (2016) - Rede de referenciação de medicina intensiva [Em linha]. [Lisboa : Ministério da Saúde. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2014) - Regulamento n.º 533/2014 : norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República II Série. 233 (2 Dez. 2014) 30247–30254.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2015a) - Despacho n.º 1400A/2015 de10 de fevereiro : Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República II Série. 28 (10 fev. 2015) 3882(2) – 3882(10).

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2015b) - Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio de 2015 do Ministério da Saúde. Diário da República II Série. 45 (27 Mai. 2015) 13550–13553.

PORTUGAL. Leis, decretos, etc. (2018a) - Regulamento n.º 429/2018 : Regulamento

de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República II Série. 135 (16 Jul. 2018) 19359–19370.

PORTUGAL.- Leis, decretos, etc. (2018b) - Regulamento n.º 76/2018 : regulamento da competência acrescida avançada em gestão. Diário da República II Série [Em linha]. 21 (30 Jan. 2018) 3478-3487. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: https://dre.pt/application/conteudo/114599547>.

RAFTOPOULOS, Vasilios ; PAVLAKIS, Andreas (2013) - Safety climate in 5 intensive care units : a nationwide hospital survey using the Greek-Cypriot version of the Safety Attitudes Questionnaire. Journal of Critical Care [Em linha]. 28 (2013) 51–61. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.04.013>.

SCHNEIDER, Benjamin ; EHRHART, Mark G.; MACEY, William H. (2013) - Organizational climate and culture. Annual Review of Psychology. 64 (2013) 361-388. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: https://www.researchgate.net/publication/230628709_Organizational_Climate_and_Culture>.

SINGER, Sara [*et al.*] (2009) - Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. Health Services Research [Em linha]. 44:2:1 (April 2009) 399-421. [Consult. 18 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x>.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Clima de Segurança dos Enfermeiros

ANEXO A

Clima de Segurança dos Enfermeiros

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

MESTRADO EM GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E ANALISE ORGANIZACIONAL

Clima de Segurança dos Enfermeiros

O presente inquérito pretende averiguar a perceção que tem da sua segurança no local de trabalho. Trata-se de um estudo de âmbito académico enquadrado no mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Analise Oganizacional da Universidade Lusíada de Lisboa, com o tema "Clima de Segurança dos Enfermeiros". Para o efeito, solicito a sua colaboração no preenchimento de algumas questões. O inquérito é simples e de rápido preenchimento. Os dados serão tratados de forma agregada e será garantida a confidencialidade dos mesmos.

Por favor leia atentamente e assinale com uma cruz [X] o quadrado que mais se identifica com a sua resposta. Não há respostas certas ou erradas. Responda de forma intuitiva de modo a que descreva a maneira como pensa habitualmente.

Procedimentos de Segurança

"Na sua unidade, em que medida. . . "	**Discordo plenamente**	**Discordo**	**Não concordo, nem discordo**	**Concordo**	**Concordo plenamente**
Existem protocolos de atuação escritos					
Estão definidos os procedimentos de segurança adequados a cada situação					
Os procedimentos de segurança estão descritos detalhadamente					
Os procedimentos de segurança abrangem as diferentes situações					

Fluxo de Informações de Segurança

"Na sua unidade, em que medida. . . "	Discordo plenamente	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Os funcionários são informados das atualizações, regras e regulamentos dos procedimentos de segurança.					
Os funcionários são informados dos perigos potenciais					
Existem formação contínua em procedimentos de segurança.					
A informação dos procedimentos de segurança é disponibilizada regularmente					

Gestão de Práticas de Segurança

"Na sua unidade, o chefe da unidade. . . "	Totalmente Falso	Parcialmente falso	Nem falso nem verdadeiro	Parcialmente verdadeiro	Totalmente verdadeiro
Esta próximo dos elementos da equipa, alertando para as questões de segurança no trabalho					
Supervisiona com maior proximidade, quando um membro da equipa viola uma regra de segurança.					
Considera o desempenho da segurança nas avaliações de desempenho e progressões.					
Manifesta-se irritado com os trabalhadores que ignoram regras de segurança.					
Garante que não há riscos na unidade					
Cria uma atmosfera em que as pessoas podem dizer o que pensam sobre a segurança.					

Prioridade dada à Segurança

"Na minha unidade. . . "	**Totalmente Falso**	**Parcialmente falso**	**Nem falso nem verdadeiro**	**Parcialmente verdadeiro**	**Totalmente verdadeiro**
De modo a cumprir todas as atividades a realizar, é necessário quebras regras de segurança					
Quando a pressão aumenta e existe mais trabalho, é dada preferência a rapidez de execuçâo do mesmo, ainda que isso signifique um comprometimento da segurança					
A escassez de recursos humanos leva ao não cumprimento das normas de segurança.					
As normas e procedimentos de segurança são ignorados.					
A existência das normas de segurança, é apenas uma obrigação legal.					
Ignorar a segurança é aceitável.					
Não importa a forma como o trabalho é feito, desde que não haja acidentes.					

Sexo: ☐ Masculino
☐ Feminino

Idade: ☐ Menos de 25 anos
☐ 25- 35Anos
☐ 36 – 45Anos
☐ 46– 55 Anos
☐ Mais de 55 anos

Escolaridade:

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Pós-Graduação
- ☐ Especialidade
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

Funções:

- ☐ Prestação de Cuidados
- ☐ Coordenação
- ☐ Chefia

Tempo de Exercício Profissional:

- ☐ De 0 a 4 anos
- ☐ De 5 a 9 anos
- ☐ De 10 a 20anos
- ☐ De 21 a 30 anos
- ☐ 30 ou mais anos

Tempo de exercício no serviço onde actualmente se encontra: ☐ Anos

Para quaisquer esclarecimentos o seguinte endereço eletrónico: miguelscdasilva@gmail.com

Obrigado pela sua colaboração.

Enfermeiro Miguel da Silva