



**INDICADORES DE SEGURANÇA E GESTÃO DE RISCO SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE SAÚDE –
PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Isabel Catarina Fernandes Berça

**Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico
de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Orientador – Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança

Bragança, Outubro de 2022

Berça, I. 2022. Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Berca, ICF. (2022). Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de enfermagem- perspetiva dos profissionais de enfermagem. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança

Comprovativo de aceitação e publicação do artigo.

Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde- perspetiva dos profissionais de enfermagem.

<https://doi.org/10.48492/servir0202>

[Página de Início](#) / [Arquivos](#) / [N.º 02 \(2022\); Série 2, n.º 2](#) / [Artigos](#)

Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde

perspetiva dos profissionais de enfermagem

Isabel Catarina Fernandes Berça

Instituto Politecnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal

<https://orcid.org/0000-0003-3329-5266>

Maria Augusta Romão da Veiga-Branco

Instituto Politecnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal

<https://orcid.org/0000-0002-7963-2291>

DOI: <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

Palavras-chave: Qualidade, Segurança do doente, Risco clínico, Enfermagem



Se soubermos que um obstáculo é intransponível,

deixa de ser um obstáculo

para se tornar um ponto de partida.

(Juzsef Eorvos)

Berça, I. 2022. Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Dedicatória

À minha família, que em tantos momentos me apoiaram e motivaram, sem eles não seria possível

AGRADECIMENTOS

A concretização desta etapa não teria sido possível sem a colaboração de algumas pessoas, a quem eu quero exprimir os meus agradecimentos:

Ao "meu Hospital" pela flexibilidade e incentivo na concretização desta etapa difícil.

Aos meus colegas Enfermeiros, pela dedicação, apoio e incentivo, mas acima de tudo pela transmissão de conhecimentos e experiências e pelas competências demonstradas.

À Professora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, pela disponibilidade e contributos importantes que permitiram a viabilidade deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio e incentivo para concretizar mais este objetivo profissional.

A todos o meu sincero agradecimento

RESUMO

A cultura de segurança do doente, considera-se indicador válido, ao nível estrutural institucional e dos grupos, que integram as equipas de saúde. Importa visitar e analisar os conhecimentos práticos fundamentados, acerca das variáveis que se constituem como indicadores de segurança e gestão de risco (ISGR), sensíveis aos cuidados de Enfermagem, e qualidade dos mesmos.

O objetivo é reconhecer a perceção dos profissionais de enfermagem, relativamente aos ISGR, sua tipologia, características e ambiente da organização, nas áreas identificadas prioritárias para a pessoa em situação crítica.

Como metodologia, foi desenvolvido um estudo exploratório, transversal, descritivo, através da aplicação do questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio Hospitalar”, a uma amostra de 48 enfermeiros, que prestam cuidados ao doente em situação crítica, que se apresenta maioritariamente do sexo feminino ($X=40$; 83,3%), com idades compreendidas entre 35 e 39 anos ($X=22$; 45,8%), com atividade profissional na instituição entre 1 a 7 anos ($X=21$; 43,7%).

A análise dos resultados, revelou que no que respeita aos ISGR, a maioria amostral (83.3%) considera entre “aceitável a muito bom”, o indicador de saúde (IS) “serviço/unidade de trabalho”. De entre os ISGR, a dimensão “trabalho em equipa”, destacou-se como o mais forte indicador sensível aos cuidados. Nas oportunidades de melhoria, a amostra, identificou como alvos de intervenção as restantes dimensões.

Em conclusões sugere-se a necessidade de investir numa cultura de segurança promotora da notificação voluntária e não punitiva do erro, de incidentes adversos e dotações seguras. É notória, segundo a perceção amostral, a necessidade de investimento, relativamente às oportunidades de melhoria, em certas áreas de segurança do doente, razão pela qual se recomenda a organização de formação nesta área para os enfermeiros.

Palavras – Chave: Qualidade, Segurança do Doente, Indicador, Enfermagem

ABSTRACT

The patient safety culture is considered a valid indicator, at the institutional and group structural level, which make up the health teams. It is important to revisit and analyze grounded practical knowledge about the variables that constitute indicators of safety and risk management (ISGR) sensitive to nursing care, and their quality

The objective is to recognize the perception of nursing professionals regarding ISGR, its typology, characteristics, and environment of the organization, in the areas identified as priorities for the person in critical condition.

As a methodology, an exploratory, cross-sectional, descriptive study was developed through the application of the questionnaire "Assessment of Patient Safety Culture in Hospital Environment", to a sample of 48 nurses, who provide care to patients in critical situations, who present themselves mostly female (X=40; 83.3%), aged between 35 and 39 years (X=22; 45.8%), with professional activity in the institution between 1 and 7 years (X=21; 43.7%).

The analysis of the results revealed that with regard to the ISGR, the majority of the sample (83.3%) considers the health indicator (IS) as "service/work unit" between "acceptable to very good". Among the ISGRs, the "teamwork" dimension stood out as the strongest care-sensitive indicator. In terms of improvement opportunities, the sample identified the remaining dimensions as intervention targets.

Conclusions suggest the need to invest in a safety culture that promotes voluntary and non-punitive notification of errors, adverse incidents and safe supplies. According to the sample's perception, the need for investment, regarding opportunities for improvement, in certain areas of patient safety, is evident, which is why it is recommended to organize training in this area for nurses.

Words – Key: Quality, Patient Safety, Indicator, Nursing

ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

BO- Bloco Operatório

CIPE -Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

HSPSC- Hospital Survey on Patient Safety Culture

IOM – Institute of Medicine

IRD- Instrumento de Recolha de Dados

IS- Indicador Sensível

ISGR- Indicador Segurança e Gestão de Risco

NHS – National Health Service (Reino Unido)

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde (Portugal)

SU- Serviço de Urgências

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
Parte I- Estágios de Urgência, Bloco Operatório e Cuidados Intensivos	16
1 – Contextualização	17
2 – Reflexão sobre o desenvolvimento de competências.....	21
CAPÍTULO II – Investigação	29
Nota prévia.....	30
Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde: perspectiva dos profissionais de enfermagem	33
Introdução.....	35
1. Enquadramento Teórico	36
2. Métodos.....	37
3. Resultados.....	39
4. Discussão.....	45
Conclusão	49
Conflito de Interesses	50
Agradecimentos e Financiamento	50
Referências bibliográficas	51
CONCLUSÕES.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	65

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ULSNE

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

INTRODUÇÃO

As unidades de saúde enfrentam novos desafios com a crescente complexidade dos serviços e dos cuidados que prestam. Esta condição impele um elevado empenho na qualidade com o objetivo de criar mais valor para os seus consumidores/utilizadores.

A necessidade de um sistema da qualidade em saúde foi identificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, Meta 31 e, pelo Conselho da Europa na sua recomendação 17/79 do Conselho de Ministros, referindo-o como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado em metas explícitas e, na avaliação do desempenho abrangendo todos os níveis de cuidados com o objetivo de melhoria contínua (Ribeiro et al., 2008).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho nº. 5613/2015 de 27 maio) pretende contribuir para a garantia do acesso à prestação de cuidados de saúde em condições adequadas às necessidades. O desafio que se coloca aos serviços prestadores de cuidados de saúde é o da melhoria contínua da qualidade e da segurança nas diversas vertentes da sua atividade. Este desafio é um imperativo ético porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, para as escolhas da inovação, a equidade e o respeito com que esses cuidados são prestados. A qualidade em saúde, definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do mesmo. Esta condição pressupõe mais valor para o utilizador de serviços de saúde.

Durante a última década, os hospitais concentraram-se na redução do tempo de permanência no hospital, pois pode reduzir o risco de danos iatrogénicos como as infeções adquiridas nos hospitais, reduzir custos e estar de acordo com as preferências do utente. Consequentemente, um internamento mais curto é considerado um indicador para a eficiência hospitalar (National Health System [NHS], 2013).

Por outro lado, o foco apenas na redução do tempo de internamento pode levar a um risco aumentado da readmissão aguda, uma vez que os utentes podem receber alta antes da estabilidade clínica. A readmissão aguda é, frequentemente, usada como um indicador para a qualidade hospitalar.

A investigação sobre os riscos associados aos cuidados de saúde tem-se desenvolvido significativamente ao longo dos anos. Desde a publicação do relatório *To Err is Human*, pelo Institute of Medicine, em 1999, alertando a comunidade científica para o impacto das perdas humanas, decorrentes de erros previsíveis relacionados com a prestação de cuidados de saúde nos Estados Unidos, multiplicaram iniciativas de dimensão internacional, direcionadas à promoção da qualidade e segurança desses cuidados. A qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos doentes são questões indissociáveis, sendo

esperável que o processo de melhoria continua promova a cultura de segurança entre os profissionais de saúde (Kohn et al., 2000).

Um aspeto transversal aos cuidados de saúde é a humanidade, uma vez que são atos exercidos por humanos e direcionados a humanos, e por isso sujeitos à falibilidade. A prestação de cuidados de saúde envolve riscos, quer para o doente, quer para profissionais de saúde, não se podendo negligenciar esses riscos, qualquer que seja a sua escala (Fragata, 2011).

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) que possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001). O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa (OE, 2001).

Considerando que os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro) considera-se que se deve dar especial relevância à sua implementação consistente como forma integrada da segurança clínica e da gestão do risco, dirigindo-se à pessoa em situação crítica, constituindo uma área de intervenção clínica para a obtenção de ganhos em saúde, monitorizados através de indicadores. Atualmente, os indicadores sensíveis de qualidade são utilizados como linhas orientadoras na vigilância, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde, revelando, desta forma uma ferramenta essencial para a operacionalização de qualquer estratégia ou programa de qualidade em saúde (Pereira, 2007). A qualidade de um indicador depende daquilo que foi usado no processo da sua formulação, assim como dos sistemas de informação que lhes deram origem (Bittar, 2001). Os indicadores possibilitam a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria.

A investigação, mas sobretudo, e particularmente os seus resultados na área da segurança do doente e da gestão de risco pode contribuir para alicerçar os processos de qualidade dos cuidados de saúde no geral e nos cuidados de enfermagem em particular.

Neste contexto decidiu-se realizar uma investigação nesta área.

Foi definida a seguinte questão de investigação de suporte ao estudo: Qual a perspetiva dos profissionais de enfermagem, relativamente aos indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco, aos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica?

No sentido de dar resposta à anterior questão, foram colocados os seguintes objetivos específicos:

1. Conhecer as variáveis sociodemográficas/socioprofissionais da amostra de enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica;
2. Identificar as dimensões de segurança para o doente, na percepção dos enfermeiros, com responsabilidade cuidativa da pessoa em situação crítica;
3. Identificar as prioridades de intervenção para as dimensões de segurança do doente, que constituem oportunidades de melhoria.

Tendo em conta o tema do estudo foi decidido realizar um estudo de abordagem quantitativa, exploratório, transversal, descritivo, cuja população serão os enfermeiros que prestam cuidados aos doentes.

O instrumento de recolha de dados a utilizar é o questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar” Eiras et al. (2014), que expõe a operacionalização das variáveis dependentes em estudo, traduzindo assim, os indicadores sensíveis que expressam essas variáveis (APÊNDICE I). O questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSPSC) utilizado, apresenta 44 itens de resposta, sob forma de escala de Likert, graduada em seis níveis desde “discordo fortemente” até “concordo fortemente”, distribuídos por 12 dimensões (questionário em anexo 1).

Parte I- Estágios de Urgência, Bloco Operatório e Cuidados Intensivos

1 – Contextualização

Os três ensinamentos clínicos que realizei decorreram na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), no distrito de Bragança.

Em todos eles foi definido um conjunto de objetivos gerais para o ensino clínico e outros específicos em função de cada campo de estágio. Trata-se de ensinamentos clínicos com duração de 168 horas cada um, sendo que todos eles foram orientados por um enfermeiro especialista.

Em seguida, apresento os objetivos gerais e específicos para cada campo de estágio, de forma a potenciar e a adquirir o máximo das competências fundamentais do enfermeiro na área da especialidade enfermagem médico-cirúrgica.

Objetivos gerais:

- saber aplicar, gerir e compreender adequadamente os conhecimentos tendo em vista a resolução de problemas em situações relacionadas com a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica;
- desenvolver e identificar competências baseadas em sólidos padrões de conhecimento relacionadas com a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica;
- refletir sobre as competências e as vivências complexas do doente do foro crítico.

Objetivos específicos:

- **Serviço de Medicina Intensiva (SMI):**

- Analisar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações críticas, decorrentes de um serviço de medicina intensiva;
- Compreender e assimilar a dinâmica da prestação de cuidados de um serviço de medicina intensiva;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica ou falência multiorgânica, decorrente da complexidade da situação e a emergência de respostas em tempo oportuno e adequado.

Atualmente decorrente dos avanços tecnológicos e novos tratamentos a abordagem ao doente crítico sofreu uma enorme evolução, tornando os cuidados mais qualificados e criteriosos.

As unidades de cuidados intensivos (UCI) surgiram como necessidade de responder a estes novos desafios, por meio de um contínuo de ações e procedimentos, humanos e instrumentais, de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, em função das necessidades do doente, com cariz contínuo (Direção Geral da Saúde, 2003).

Silva e Lage (2010) preconizam que a equipa de enfermagem é vital na qualidade e segurança de curar, tratar e cuidar nas UCI, requerendo competências específicas e uma formação e organização metódicas, alicerçada na eficácia e eficiência, do planeamento das práticas de trabalho.

O estágio no SMI, na ULSNE – unidade hospitalar de Bragança, decorreu de 17 de Setembro de 2018 a 2 de Outubro de 2018, sob a orientação da enfermeira Cristiana Asseiro, especialista em enfermagem médico-cirúrgica, orientado pelo enfermeiro Pedro Rosa Rodrigues, com uma duração de 168 horas.

Perante a complexidade de cuidados diferenciados impõe-se ao enfermeiro de cuidados intensivos, um conhecimento diferenciado e altamente especializado sobre técnicas e manuseamento dos inúmeros equipamentos que detém o SMI. O doente pela gravidade do seu estado de saúde, requer cuidados diretos, especializados e contínuos da equipa de enfermagem (Almeida & Lamas, 2012).

- **Bloco Operatório (BO)**

- Compreender e assimilar a orgânica do bloco operatório;
- Gerir os cuidados otimizando a resposta do enfermeiro e a articulação na equipa multidisciplinar;
- Colaborar em programas de melhoria contínua de cuidados;

Dentro dos serviços opcionais, optei pelo bloco operatório (BO) como campo de estágio. A escolha foi em virtude do enorme interesse em compreender a dinâmica de trabalho e o desenvolvimento das atividades efetuadas, fundamentalmente, pelo enfermeiro na área de anestesiologia e os vastos procedimentos cirúrgicos que se executam no BO.

O estágio decorreu no período de 5 de Novembro a 21 de dezembro de 2018, sob a tutela da enfermeira Ana Rita – enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, orientado pelo professor Carlos Magalhães, com a duração de 168 horas.

O BO é uma unidade cirúrgica, fechada, e isolada do exterior. As especialidades cirúrgicas que nela trabalham são transversais, desde a cirurgia geral, ortopedia, urologia, ginecologia, obstetrícia e nefrologia.

A integração numa unidade de tão grande exigência técnica e humana é gradual, devido aos procedimentos cirúrgicos complexos, disparidade de material, além do stress emocional que o processo cirúrgico desencadeia no doente. Implicou uma determinada assimilação e perspetiva de mudança em alguns conceitos prévios que detinha, o que promoveu inovação, crescimento pessoal e profissional, através de troca de experiências de partilha de conhecimento.

Escolhi a área de anestesiologia para desenvolver as minhas competências, sendo o enfermeiro anestesista que estabelece o 1º contato com o doente. Quando este chega à sala de operações, confirma a check list da cirurgia segura. Explica alguns dos procedimentos, de forma a diminuir o grau de ansiedade do doente e dissipa algumas dúvidas. Posteriormente monitoriza-o, confirma acessos venosos e administra terapêutica, trabalhando em estreita comunicação com o médico anestesista na realização de técnicas e na prestação de cuidados anestésicos. É responsável também pela vigilância do estado hemodinâmico do doente no decorrer do ato cirúrgico, de forma a prevenir complicações, a atuar com diligência e celeridade em caso de urgência ou emergência.

Tive, assim, a oportunidade de exercer todas as funções descritas do enfermeiro anestesista, superando as minhas dificuldades com uma pesquisa bibliográfica aprofundada, partilhando em diversas oportunidades conhecimentos e dúvidas com os enfermeiros e médicos.

Prestei, também, cuidados pré-operatórios aos doentes que permaneciam no recobro.

- **Serviço de Urgência Medico-Cirúrgica**

- Adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados na área da enfermagem médico-cirúrgica ao doente crítico/família, numa situação de emergência;

- Adquirir e desenvolver capacidades de reação e ação perante situações imprevistas e complexas, relativamente ao doente, numa perspetiva profissional diferenciada;

- Desenvolver processos de tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas, sociais e éticas, de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

O serviço de urgência (SU) é a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS) na maioria dos doentes que recorrem ao mesmo. A Direção Geral de Saúde (DGS) em 2011 salienta o fato de os SU

serem consumidores de grandes recursos humanos e financeiros e condicionam o regular funcionamento de todos os outros serviços, desde o internamento até aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O estágio no SU Médico- Cirúrgica do ULSNE, decorreu no período de 3 de janeiro a 15 de Fevereiro, sob a tutela da enfermeira Andreia Graça, enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, orientado pelo professor Pedro Rosa, com a duração de 168 horas.

Este serviço encontra-se localizado no edifício central da unidade de saúde, recebendo doentes de todo o distrito de Bragança. Apresenta uma distribuição física em função do grau de prioridade e necessidades terapêuticas, baseado no sistema de triagem de Manchester, que estabelece o nível de prioridade. A triagem dos doentes é da competência dos enfermeiros. Tem também implementado as vias verdes de trauma, sépsis, coronária e Acidente vascular cerebral (AVC).

No SU fui confrontada diariamente com um grande número de doentes, que apresentam uma grande variedade de patologias, em que esta complexidade tanto funcional, organizacional, como no domínio da interação multidisciplinar da doença do doente, requer constantemente uma identificação e aprendizagem constante, um desafio permanente para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no sentido de responder às exigências com que se confronta.

2 – Reflexão sobre o desenvolvimento de competências

O enfermeiro especialista é o enfermeiro com um domínio de conhecimento específico de enfermagem, resultantes de um acréscimo e ampliação de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2010).

Essas competências dividem-se em 4 domínios:

- domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- domínio da melhoria contínua de cuidados;
- domínio da gestão dos cuidados;
- domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

que podem ser aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde. São exercidas por meio das suas competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, concomitantemente, pelo exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2010).

Desta forma, apresentarei a análise descritiva das competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica por mim desenvolvidas ao longo dos 3 campos de estágio.

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O enfermeiro especialista tem de demonstrar uma tomada de decisão ética, justificando o seu exercício seguro, profissional, e ético em princípios, valores e normas deontológicas (OE, 2010a).

“A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática, nas melhores práticas e nas preferências do cliente” (OE, 2010a)

O processo de tomada de decisão é inerente à própria ação diária do enfermeiro, na sua prática de cuidados de enfermagem, com dilemas éticos e a tomada de decisões complexas que requerem uma análise criteriosa, perante problemas de complexa resolução.

O profissional de enfermagem é o profissional do cuidado humano, que tem a responsabilidade incondicional no respeito, defesa e promoção dos direitos da pessoa que cuida (Sousa, 2008) .

Para Nunes (2006) e Oliveira (2007) a matriz onde o enfermeiro escora a sua tomada de decisão tem de ser o mais abrangente possível, munindo-se dos elementos mais atualizados possíveis, para que as respostas facultadas sejam fornecidas a partir do maior número de opções.

Tal como preconiza a Organização Nacional das Nações Unidas (ONU, 1948) artº 1º “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”.

Foi meu cuidado essencial a atitude permanente de promover uma boa relação com o doente baseada no respeito pelos seus direitos, respeitando as suscetibilidades e a dignidade de cada um, abrangendo um cuidado holístico, o doente como um todo dinâmico.

Constatei que a tomada de decisão, ao longo do percurso clínico, por norma é tomada em equipa, em que médicos e enfermeiros em estreita colaboração decidem questões relacionadas com os doentes, suportadas as decisões em princípios, valores e normas deontológicas.

Relativamente à privacidade do doente, de salientar que no SU devido à elevada afluência de doentes em muitas circunstâncias é difícil respeitar este direito elementar do doente.

No SMI esta problemática ainda tem maior visibilidade, devido à sua organização em *open space*, sendo muito importante acautelar que as informações confidenciais fiquem estritamente na equipa multidisciplinar.

A minha prestação no decurso dos ensaios clínicos foi exercida por um elevado nível de exigência para comigo própria, por um respeito absoluto e inabalável pelo doente, pela proteção e promoção dos seus direitos, a segurança na qualidade dos cuidados que prestei, o princípio basilar de todas as minhas condutas e ações.

O saber é algo em constante mudança, que se constrói e evolui, mas é fulcral ao exercício do cuidar com qualidade, com respeito ético pela pessoa que se cuida.

Domínio da Gestão da Qualidade

Como futura enfermeira especialista, torna-se ainda mais premente a problemática da importância que a gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem detém.

Pela crescente predominância e relevância, que os enfermeiros adquiriram nas equipas multidisciplinares, nos últimos anos, um dos motivos reside no seu grau de diferenciação cada vez maior, e especialização, repercutindo-se a outros domínios, como refere Ribeiro et al., (2008): a nível social (o aumento da exigência e expectativa por parte dos utentes); a nível ético (pela exigência ao nível da formação e conhecimento); a nível profissional (pelo desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados) e a nível económico (desenvolvimento de uma cultura de qualidade na saúde por parte das organizações).

A criação da OE veio trazer, entre outros importantes desenvolvimentos, a definição de padrões de qualidade de enfermagem, que permitirão refletir sobre a melhoria que se pretende alcançar dos

cuidados de enfermagem a providenciar às pessoas e proporcionar um espaço de reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Segundo descreve a (OE, 2010a) “claramente nem a qualidade em saúde se obtém com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços por se obter qualidade em saúde”.

Está internacionalmente assumida a importância da implementação de sistemas de qualidade, em que esta responsabilidade não é exclusiva dos enfermeiros, mas também das instituições de saúde, que devem gerir os recursos e criar as estruturas que fomentem um exercício profissional de qualidade. As organizações têm assim o dever de satisfazer as necessidades dos enfermeiros, para que estes se empenhem também na melhoria da qualidade (OE, 2001).

O enfermeiro especialista (OE, 2010a) “considerando a gestão do ambiente centrada na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco”.

Como aluna de mestrado, foi minha preocupação permanente pesquisar e cumprir os protocolos instituídos, atuando em conformidade com estes. Todos são de fácil acesso, pois ou existem em suporte papel ou disponíveis na intranet, acessível em qualquer computador. Permite, assim, uma uniformização de cuidados e a responsabilização de todos os profissionais para que se mantenha o nível de qualidade. Consultei também os guias de auditorias que muitos dos cuidados de enfermagem são submetidos, para garantir o cumprimento das normas e protocolos instituídos.

No SMI, pela natureza do doente crítico, a sua instabilidade e a necessidade de cuidados e de vigilância intensiva, realizei uma aprendizagem clínica mais diferenciada, por meio da assimilação de protocolos e normas que uniformizam o cuidar, a observação e colaboração na execução de técnicas invasivas e altamente diferenciadas, o nível de organização, minimizando o erro e contribuindo assim para a qualidade e segurança.

A criação de um ambiente terapêutico e seguro é uma das áreas de incidência das competências do enfermeiro especialista. Considerando a gestão do ambiente focalizada no doente, assumi em todas as minhas práticas o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual do doente.

A gestão da qualidade engloba tudo o que diz respeito aos cuidados de saúde, ao doente e aos profissionais. Desde a avaliação inicial, a identificação dos diagnósticos, o planeamento das intervenções, a sua implementação e posterior execução, são todas estas etapas do processo de enfermagem a base para a avaliação da qualidade dos cuidados.

Domínio da Gestão dos Cuidados

O enfermeiro especialista preconizado pela (OE, 2010a) “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”.

A aquisição de competências neste domínio de conhecimento teve uma forte influência das matérias lecionadas no mestrado enfermagem médico-cirúrgica, unidade curricular – Gestão em Enfermagem, onde foram abordados os temas como liderança de equipas, gestão dos cuidados de enfermagem.

Para Mutzebaugh (2007) o processo de tomada da decisão é complexo e requer experiência, conhecimentos teóricos sólidos da matéria em questão e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão. Mas é infrutífero, estabelecer um plano de cuidados exímio, que abrange todos os objetivos estabelecidos e todos os diagnósticos da pessoa se esta não estiver envolvida no processo. Sem esta sinergia, os ganhos em saúde para a pessoa muito dificilmente se obterão, pois muito dificilmente aderirá ao plano terapêutico estabelecido.

Aos profissionais de saúde é-lhes exigido racionalidade, competência e consciência, para que se opte pela alternativa que conduza ao objetivo desejado – o máximo bem-estar e satisfação do doente.

Foi assim fundamental desenvolver a nível individual, habilidades e competências, que me permitiram uma visão mais eficiente na gestão dos cuidados potenciando a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar.

As competências adquiridas dotam-me como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica de mais formas e meios em lidar com as mais complexas situações, permitindo-me uma gestão de cuidados, que potencia, a excelência dos mesmos, nunca descurando a evidência científica.

A utilização eficiente dos recursos existente, implica alcançar a máxima qualidade com o menor consumo de recursos possível. À medida que se ampliam as competências, crescem as responsabilidades. O enfermeiro especialista é assim, dentro da equipa em que se insere, responsável pela gestão de cuidados mais globais, assume a função de responsável de turno, tratando das questões burocráticas e gestão de recursos.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O enfermeiro especialista tem de demonstrar, em cada situação, a capacidade de autoconhecimento, uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, que é central na prática de enfermagem, que condiciona o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, o que lhe permite sustentar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

Para os autores Esperidão, Munan & Stacciarini (2002) o enfermeiro tem de ser ágil e criativo, ter conhecimentos variados e ecléticos, habilidades nas relações humanas, ser uma pessoa voltada para o investimento no conhecimento, o que facilita o estabelecimento de relações mais humanizadas e com os outros.

Assim ao longo de todo o meu percurso como enfermeira, e mais particularmente, na frequência do mestrado adquiri outra consciencialização e reflexão que faço acerca de mim mesma.

Desenvolvi o autoconhecimento, outra compreensão para os meus limites pessoais e profissionais, e até que ponto estes podem interferir no meu desempenho. É primordial a gestão destes fatores, bem como das emoções e sentimentos, para que se atue de forma eficaz em todos o ensejo.

O lidar com situações de urgência e/ou emergência, em que os fatores e variáveis que temos de objetivar ao mesmo tempo é elevada, induz um elevado nível de stress profissional, levando ao cansaço, frustração, sentimentos de impotência e desanimo. No decorrer dos ensaios clínicos vivenciei vários momentos de emergência médica, o que me possibilitou treinar e expandir as minhas competências no atendimento destes doentes, assim como adquirir outros conhecimentos mais diferenciados para praticas mais seguras, de qualidade num desenvolvimento profissional e pessoal.

Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

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” (OE, 2010b, p.1)

Assim os cuidados prestados à pessoa vítima de doença crítica são altamente especializados e prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas da vida, prevenir complicações e limitar incapacidades, com vista à recuperação total.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa crítica incluem (OE, 2010b, p.2):

- cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação;
- maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de repostas em tempo útil e adequado;

Cuidar da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica

Segundo a (OE, 2010a, p.3) “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, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística”.

A prestação de cuidados de enfermagem ao doente crítico exige uma formação estruturada e organizada, de modo a desenvolver competências específicas (Sílvia & Lage, 2010). No decorrer do meu estágio tive bastantes oportunidades de desenvolver várias dessas competências.

Os cuidados à pessoa em situação crítica que permitam antecipar a instabilidade e o risco de falência orgânica implicam a aquisição de conhecimentos e habilidades altamente específicas. No SU, essas competências foram essencialmente desenvolvidas na sala de reanimação.

Confrontei-me com 1 situação de paragem cardiorrespiratória, tendo a oportunidade de assistir a todos os procedimentos invasivos e todas os cuidados técnicos de alta complexidade exigidos pelo suporte avançado de vida.

Cuidar da pessoa crítica exige, portanto, competências a nível cognitivo, do autoconhecimento, relacionais, de liderança e interajuda, pois o enfermeiro tem de deter conhecimentos específicos e usá-los em prol do bem-estar do doente.

Os SMI são caracterizados por um grande suporte tecnológico, os dispositivos de monitorização hemodinâmica, os métodos invasivos, entre outros, exigindo competências técnico-científicas no cuidado ao doente crítico altamente diferenciadas. O período de estágio no SMI foi deveras importante para a interiorização e desenvolvimento destes conceitos, bem como para a aquisição de competências relacionadas com o suporte tecnológico.

Os doentes em estado crítico requerem uma constante vigilância, por meio de monitorização contínua, em que os registos são essenciais para a prática de enfermagem, permitindo dar continuidade aos cuidados, a avaliação dos mesmos, facilitando a sua investigação e otimizando a gestão dos serviços.

Adquiri conhecimentos em modos de suporte ventilatório mecânico, procedi a desmame ventilatório, nutrição entérica, inserção de linhas arteriais e de cateteres venosos centrais, realização de gasometrias, colocação de drenos pleurais, entre outros procedimentos técnicos.

Cuidar da pessoa em situação revelou-se assim uma realidade difusa e complexa, na dimensão do cuidar em enfermagem, exigindo-me conhecimentos, competências, formas de atuar e atividades específicas.

Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou Emergência Multivítima, da Conceção à Ação

O enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítimas

(OE, 2010). Perante a complexidade decorrente da existência de multivítimas em situações crítica e/ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta assistencial.

O número de pessoas a viverem em espaços cada vez mais aglutinados, concomitantemente, com o aumento do movimento de pessoas derivado do turismo e migração, o terrorismo, aumenta a probabilidade de ocorrência de uma catástrofe ou situação multivítimas.

Neste contexto, a prestação de cuidados num SU, implica estar preparado para agir em situações inesperadas, com o objetivo fulcral de reduzir ou diminuir as baixas humanas, a diminuição da morbidade e os subsequentes efeitos físicos e psicológicos na maior extensão possível.

O principal temor nestas situações será o de os recursos humanos serem insuficientes perante as necessidades imediatas de cuidados de saúde, o que poderá comprometer a prestação de cuidados de saúde com a conseqüente perda de vidas ou aumento das incapacidades dos sobreviventes, situação que seria evitada caso os recursos fossem suficientes (Lenquist, 2012).

Durante o período de estágio no SU, não ocorreram nenhuma situação de catástrofe ou acidente multivítimas, contudo, tive a oportunidade de consultar o plano de emergência externa da ULSNE.

Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas

A evolução tecnológica acarretou um aumento crescente de procedimentos e técnicas terapêuticas e de diagnóstico invasivo. Este fato promove a ocorrência de infeções a nível hospitalar, e que são a principal causa de efeitos adversos nos cuidados de saúde. Induz assim, o aumento da morbidade e mortalidade em meio hospitalar, e o aumento dos custos na saúde.

O enfermeiro especialista, para a OE (2010) deverá responder rigorosamente na prevenção e controlo da infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida da pessoa crítica e/ou falência orgânica.

A DGS (2007) afirma que, 30% a 40% das infeções provocadas por agentes resistentes são resultado da colonização e infeção cruzada, tendo como principal meio de transmissão as mãos dos profissionais.

Foi meu cuidado permanente a prevenção da infeção no decorrer dos ensaios clínicos. Tive especial atenção com a lavagem das mãos, que cumpro criteriosamente na minha prática diária. Outras medidas passaram pelo uso de equipamento de proteção individual e a administração protocolada de terapêutica.

O Programa de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (PPCIACS) tem como objetivo fundamental identificar e diminuir os riscos de transmissão de infeções cruzadas e, conseqüentemente, diminuir as taxas de infeção e mantê-las em níveis aceitáveis.

Em 2007 a DGS revê a constituição e operacionalização das comissões de controlo de infeção (CCI) em todas as unidades de saúde, determinando que estas sejam reformuladas de forma a obterem capacidade técnica com vista a abrangerem as três vertentes do plano nacional controlo de infeção, que são vigilância epidemiológica, elaboração, monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas e formação dos profissionais. Com o intuito de maximizar a eficiência todas as recomendações internas e planos de ação remetidos pelas CCI têm carácter vinculativo, e não meramente consultivo.

Como forma de alavancar a minha aquisição de competências realizei numerosos rastreios sépticos de forma criteriosa e respeitando os princípios de assepsia.

Durante o estágio no SMI e no BO aprofundei conhecimentos no âmbito do controlo da infeção.

Enquanto futura enfermeira especialista ficou enraizado em mim a noção da responsabilidade do cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção, questionando, refletindo e procurando constante atualização, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados ao doente em estado crítico.

CAPÍTULO II – Investigação

Nota prévia

Atualmente os conhecimentos científicos e técnicos na área disciplinar e científica de Enfermagem, têm evoluído no sentido de melhorar as respostas cuidativas às necessidades dos doentes. No entanto este fenómeno de progressive necessidade de (re)estudar, de atualizar os conhecimentos, as components empíricas, promove o surgir de novas questões, exigências e responsabilidades. Esta cultura de necessárias novas progressivas formações, permitem atribuir ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a cuidar o doente crítico com novas responsabilidades, com uma resposta adequada, eficaz e de grande qualidade.

Importa aqui, olhar para o conceito de doente crítico, tal como é definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007), defendendo que este estado, é aquele em que a vida está acometida a uma falência, ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios diferenciados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Assim, a abordagem de enfermagem ao doente crítico torna necessário um grau de conhecimentos e competências específicas, que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem que comprovar deter, do ponto de vista teórico e prático. É por meio da prestação de cuidados diferenciados, contínuos, que previne complicações e limita danos, mantendo as funções vitais no sentido da recuperação total do doente.

Estes novos e recentes percursos formativos, encontram propulsor, nos pressupostos para o conceito do que representa ser enfermeiro especialista, na conceção da OE, e que traduz, como alguém com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

No que diz respeito à especificidade da enfermagem médico-cirúrgica torna-se pertinente estudar as variáveis que se constituem como indicadores de segurança e gestão de risco (ISGR), sensíveis aos cuidados de Enfermagem, porque são indicadores válidos em saúde. Podem ser definidos indicadores, os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, as evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem, após as intervenções. Para a construção deste tipo de indicadores, recomenda-se a seleção de alguns fenómenos mais importantes, sensíveis e frequentes em cada unidade de cuidados, departamento e instituição, representativos do contributo específico dos enfermeiros para os ganhos em saúde.

O enfermeiro especialista atua de forma abrangente na educação dos utentes e dos pares, na orientação, aconselhamento, liderança e inclui ainda a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, permitindo avançar e melhorar a prática da enfermagem (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

O processo de gestão dos cuidados em Enfermagem exige um equilíbrio constante entre o respeito pelo utente enquanto pessoa e a resposta às exigências organizacionais. Deste modo, é imperativo recorrer-se a elementos transversais e conhecimento científico baseado nas mais recentes evidências para se conceber normas técnicas, que permitam a regulação dos comportamentos. As normas apresentam-se como um meio regulador, integrador e tornam-se uma mais-valia, uma vez que traduzem ganhos para o utente através da uniformização de procedimentos, à luz dos conhecimentos científicos e técnicos disponíveis.

Para dar cumprimento ao exposto, eu, Isabel Catarina Fernandes Berça (ORCID ID 0000-0003-3329-5266), estudante do Mestrado Médico-Cirúrgica, do IPB-ESSB, sob orientação científica da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga, foi desenvolvido um estudo que explora a relação entre ações de enfermagem ao nível da gestão e o seu reconhecimento como indicadores para a melhoria cuidativa, e portanto, em saúde, ou seja, se são indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde na perspetiva dos profissionais de enfermagem. .

A reflexão sobre as práticas é algo que deve acompanhar o exercício profissional do enfermeiro, sempre com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e o desenvolvimento e concretização profissional e pessoal.

Com a investigação há uma tentativa de implementar uma análise crítica e reflexiva, com o intuito de se atingir o melhor desenvolvimento da Enfermagem, refletindo e questionando as nossas práticas. Com isto, a Enfermagem visa desenvolver alternativas apropriadas para a resolução de problemas da atualidade. Enquanto investigadora é-me exigido o cumprimento dos princípios éticos ao longo do estudo. Assim sendo, para a realização deste trabalho de investigação foram realizados Pedidos de Parecer a várias entidades – Pedido de autorização ao conselho de Administração-Comissão de Ética da ULSNE (Anexo II); Pedido de autorização para utilização do Questionário (Anexo III).

O presente estudo intitulado indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde, é um estudo com análise exploratório, transversal, descritivo dos dados e emergiu da necessidade de reconhecer a perceção dos profissionais de enfermagem, relativamente aos ISGR, sua tipologia, características e ambiente da organização, nas áreas identificadas prioritárias para a pessoa em situação crítica.

Berça, I. 2022. Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

A revista científica selecionada foi a *Servir*, editada pela Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde – ACEPS, pelo que o template do artigo de investigação cumpre o definido pela revista para a sua submissão, após revisão cega.

Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde: perspetiva dos profissionais de enfermagem

Health care sensitive safety and risk management indicators: perspective of nursing professionals

Indicadores de gestión de riesgos y seguridad sensibles a la atención en salud: perspectiva de los profesionales de enfermería

RESUMO

Introdução: Na cultura de segurança do doente, torna-se pertinente estudar as variáveis que se constituem como indicadores de segurança e gestão de risco (ISGR), sensíveis aos cuidados de Enfermagem, porque são indicadores válidos em saúde.

Objetivo: Reconhecer a percepção dos profissionais de enfermagem, relativamente aos indicadores de segurança e gestão de risco (ISGR), sensíveis aos cuidados de enfermagem, e as oportunidades de melhoria nessas áreas, na pessoa em situação crítica.

Métodos: Estudo descritivo, transversal, exploratório, a partir da análise dos resultados da aplicação via online, do questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio Hospitalar”, (Eiras et al., 2014), a uma amostra de 48 enfermeiros, que prestam cuidados ao doente em situação crítica.

Resultados: No que respeita aos ISGR, a maioria amostral (83.3%) considera entre “aceitável a muito bom”, o indicador de saúde (IS) “serviço/unidade de trabalho”. De entre os ISGR, a dimensão “trabalho em equipa”, destacou-se como o mais forte IS aos cuidados. Nas oportunidades de melhoria, a amostra, identificou como alvos de intervenção as restantes dimensões.

Conclusão: Sugere-se a necessidade de investir numa cultura de segurança promotora da notificação voluntária e não punitiva do erro, de incidentes adversos e dotações seguras.

Palavras-chaves: Qualidade, Segurança do Doente, Risco Clínico, Enfermagem

ABSTRACT

Introduction: The patient safety culture is considered a valid indicator, at the institutional and group structural level, which make up the health teams. It is important to revisit and analyze grounded practical knowledge about the variables that constitute indicators of safety and risk management (ISR) sensitive to nursing care, and their quality

Objective: Recognize the perception of nursing professionals regarding safety and risk management indicators sensitive to nursing care and opportunities for improvement in the areas of safety for the person in a critical situation.

Methods: Descriptive study, exploratory, cross-sectional, was developed through the application, online, of the questionnaire "Assessment of Patient Safety Culture in Hospital Environment" (Eiras et al., 2014)), to a sample of 48 nurses, who provide care to patients in critical situations.

Results: Regarding ISR, most of the sample (83.3%) considers between “acceptable to very good”, the IS “service/work unit”. Among the ISGR, the dimension “teamwork” stood out as the strongest IS in care. In terms of improvement opportunities, the sample identified the remaining dimensions as intervention targets.

Conclusion: It is suggested the need to invest in a safety culture that promotes voluntary and non-punitive notification of errors, adverse incidents, and safe supplies.

Keywords: Quality, Patient Safety, Clinical Risk, Nursing

RESUMEN

Introducción: La cultura de seguridad del paciente se considera un indicador válido, a nivel institucional y estructural grupal, que integran los equipos de salud. Es importante revisar y analizar conocimientos prácticos fundamentados sobre las variables que constituyen indicadores de seguridad y gestión de riesgos (ISGR) sensibles al cuidado de enfermería y su calidad.

Objetivo: Reconocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre indicadores de seguridad y gestión de riesgos sensibles a los cuidados de enfermería y las oportunidades de mejora en las áreas de seguridad de la persona en situación crítica.

Métodos: Estudio descriptivo, exploratorio, transversal, mediante la aplicación, vía online, del cuestionario "Evaluación de la Cultura de la Seguridad del Paciente en el Ambiente Hospitalario" (Eiras et al., 2014), a una muestra de 48 enfermeros, que atienden a pacientes en situaciones críticas.

Resultados: En cuanto al ISGR, la mayoría de la muestra (83,3%) considera entre "aceptable a muy bueno", el IS "servicio/unidad de trabajo". Entre los ISGR, la dimensión "trabajo en equipo" se destacó como el SI más fuerte en el cuidado. En cuanto a las oportunidades de mejora, la muestra identificó las restantes dimensiones como objetivos de intervención.

Conclusión: Se sugiere la necesidad de invertir en una cultura de seguridad que promueva la notificación voluntaria y no punitiva de errores, incidentes adversos y suministros seguros.

Palabras clave: Calidad, Seguridad del Paciente, Riesgo Clínico, Enfermería

Introdução

As unidades de saúde enfrentam novos desafios com a crescente complexidade dos serviços e dos cuidados que prestam. Esta condição exige um elevado empenho na qualidade com o objetivo de criar mais valor para os seus consumidores/utilizadores.

Assim, e considerando esta pertinência, este estudo tem como variáveis em estudo, as dimensões de segurança e gestão de risco em contextos cuidativos.

A questão de investigação que a seguir se enunciará, remete ao desafio que se coloca aos serviços prestadores de cuidados de saúde – e nestes aos recursos humanos cuidadores – e da melhoria contínua da qualidade e da segurança nas diversas vertentes da sua atividade. Neste contexto importa delimitar o que se entende por dimensões de segurança, e a sua conceção como indicadores sensíveis da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

O facto é que, atualmente os indicadores sensíveis de qualidade são utilizados como linhas orientadoras na vigilância, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde, revelando, desta forma, uma ferramenta essencial para a operacionalização de qualquer estratégia ou programa de qualidade em saúde (Pereira, 2007). Os indicadores possibilitam a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria.

Para tanto partiu-se do trabalho desenvolvido por Eiras et al. (2014), na área da avaliação da cultura e segurança do doente e nomeadamente no seu instrumento de colheita de dados, para aceder ao conhecimento de como e em que contexto os enfermeiros identificam as ações que no paradigma de Eiras et al. (2014) se consideram "dimensões de segurança". Segundo a autora, são ações de enfermagem aplicadas, que podem ser eficazes ou não. As primeiras assumem-se como dimensões de segurança, e as segundas, porque são ações ainda não completamente eficazes, chamam-se "oportunidades de melhoria", ou seja, ações menos eficazes e acerca das quais, se aconselha intervir no sentido de serem melhoradas.

Partindo destes pressupostos, foi formulada a questão de investigação: "Qual a perspectiva dos profissionais de enfermagem, relativamente aos Indicadores Sensíveis de Segurança e Gestão de Risco (ISGR), aos cuidados de enfermagem, à pessoa em situação crítica?"

No sentido de responder a esta questão, foi definido o objetivo geral, que é reconhecer a perceção dos profissionais de enfermagem, relativamente aos indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de enfermagem (ISGR), e as oportunidades de melhoria nas áreas de segurança para a pessoa em situação crítica.

Objetivos específicos:

Conhecer as variáveis sociodemográficas/socioprofissionais da amostra de enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica;

Identificar as dimensões de segurança para o doente, na perceção dos enfermeiros, com responsabilidade cuidativa da pessoa em situação crítica;

Identificar as prioridades de intervenção para as dimensões de segurança do doente que constituem oportunidades de melhoria.

1. Enquadramento Teórico

Os indicadores sensíveis de qualidade (ISQ) foram inicialmente encontrados em contexto das práticas de enfermagem, por Florence Nightingale, listam um conjunto de aspetos, que de alguma forma modificam a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, a perceção e obtenção de saúde na vida das pessoas.

O uso, continuado, de indicadores de qualidade relacionados com a segurança do doente permitem identificar, corrigir e monitorizar desvios da componente cuidativa, em busca de melhor nível de desempenho na segurança. Entre os indicadores de qualidade estão indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, pelo que este profissional, tem o dever de realizar uma reflexão sistemática sobre as suas práticas de cuidados, procurando evidência científica de forma a manter a atualidade das mesmas. Esse processo deve ter subjacentes os eixos definidos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2002), uma vez que estes, e conforme defendem (Oliveira et al., 2008), norteiam o exercício da profissão, proporcionam a reflexão da prática dos cuidados, orientam a tomada de decisão, evidenciam a visibilidade da dimensão autónoma dos cuidados e permitem a definição de indicadores de qualidade.

Os indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem, são marcadores específicos do estado da saúde das populações, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde das mesmas (OE, 2007), medem a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua prática de cuidados, decorrente da sua tomada de decisão autónoma. Estes contemplam a estrutura (a organização, infraestrutura física, profissionais e utentes), o processo (referente à prestação de cuidados) e os resultados (ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e outros ganhos em saúde, satisfação) (OE, 2007).

Estes ISQ são considerados os outputs que decorrem da ação documentada da prática autónoma dos enfermeiros, definem a intencionalidade da sua ação profissional junto dos cidadãos e salientam a utilidade social da enfermagem (Petronilho, 2009). As oportunidades de melhoria da qualidade só podem ser identificadas pela monitorização e avaliação da performance, e esta supõe a existência de indicadores (Mezomo, 2001) e o envolvimento de todos os intervenientes nesse processo no sentido de promover um verdadeiro clima organizacional vocacionado para essa melhoria. E grande parte desse contributo é fornecido pelos utilizadores dos serviços de saúde, quando aumentam a exigência na garantia da qualidade e da segurança aos prestadores/fornecedores de cuidados de saúde, sendo expeável, que este processo promova a cultura de segurança.

Em Portugal a avaliação da cultura de segurança do doente (ACSD) é realizada de 2 em 2 anos nas instituições hospitalares (desde 2014) e, nas instituições de cuidados de saúde primários, através do questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses”, a preencher por todos os profissionais de saúde e colaboradores, com exercício de atividades superior a 3 meses (Direção Geral da Saúde [DGS], 2020).

No que diz respeito a este estudo, importa especificar que se parte do paradigma da qualidade, conforme o preconizado pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2020) - Norma nº5 de 2018, atualizada em 10-01-2020 – e que refere que para as instituições hospitalares essa avaliação incide sobre 12 dimensões e que, de alguma forma terão tido origem no trabalho de Eiras (2011). Estas 12 dimensões, aqui assumidas com D1 a D12, são:

“trabalho em equipa, expeativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional-melhoria contínua, perceções gerais sobre a segurança do doente, feedback e comunicação acerca do erro, abertura na comunicação, frequência da notificação, trabalho entre as unidades, dotação de profissionais, transições e resposta não punitiva ao erro.” (Direção Geral da Saúde, 2020, pag.1)

No presente estudo são identificados indicadores sensíveis, na avaliação da cultura de segurança (CS) do doente.

Líderes envolvidos/empenhados levam a uma cultura de segurança através da conceção de estratégias e da construção de estruturas que orientam processos e resultados seguros (National Patient Safety Agency, 2004). A liderança é um indicador fundamental a ter em conta na CS.

A fadiga, atualmente é sinalizada como um indicador sensível de risco, na prestação de cuidados, pelo que, o líder assume também um papel importante, ao dissuadir os enfermeiros de turnos contínuos e prolongados. Outro indicador que dificulta a segurança, é a pressão de trabalho que os profissionais de enfermagem sofrem. A noção de disponibilidade de recursos vem sendo alterada. Por exemplo, a elevada carga de trabalho e as progressivamente novas tecnologias de elevada especificidade, desenvolvidas para contextos e morbilidades críticas e risco de vida, são desconhecidas para os profissionais sem este tipo de contacto. Em suma, todas estas variáveis, atuam como se houvesse uma diminuição de recursos humanos (Sousa, 2013), ou sobrecarga de trabalho e atenção. A organização como um todo, assume um estatuto e função relevantes na segurança hospitalar. Como tal, duas vertentes devem ser privilegiadas: a eficiência organizacional e a segurança. Para a instituição poder oferecer prestações corretas, e atingir os objetivos pressupostos, os profissionais são não só essenciais (Fragata, 2011) do ponto de vista numérico, mas também formativo e da necessidade de atualização constante.

A comunicação, outro indicador sensível, entre profissionais responsáveis pelos cuidados e por isso, pela segurança do doente, é fundamental. É a partir da comunicação, verbal e ou não verbal, que se fomenta a partilha de ideias comuns, o modo de funcionamento intra e inter equipas, e se assumem os papéis e funções individuais, bem como os valores da equipa. A interação de uma atitude positiva em relação à CS, é fundamental para a redução do erro (Santos et al., 2010).

A notificação do erro é pertinente, porque se o erro for conhecido, podemos identificar as causas e falhas ocorridas, implementando estratégias de ação e correção, que visem em situações futuras, a redução ou eliminação do erro (Sousa et al., 2011). Todavia, esta prática não parece ser fácil de executar, porque as evidências de Eiras (2011), de Sousa (2013), e de Silva et al. (2016), comprovaram que 73% e 69% dos enfermeiros respondentes nos seus estudos, e ainda 79% (H1) e 84,6% (H2), assumiram, respetivamente, a não notificação de qualquer evento.

A causa dos eventos adversos é multifatorial, mas a componente humana e de equipa é a que mais contribui. A Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), refere que a maior parte dos eventos sentinela, tem origem na insuficiente formação das pessoas intra equipa, e quebra na comunicação (Fragata, 2011).

De tal forma estes conteúdos se relacionam com os recursos humanos, que os põem em prática que a Organização Mundial da Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam aos estados-membros o desenvolvimento de estudos, a partir da avaliação da perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança e gestão de risco do doente. Mais indicam, - e aqui reside a essencial pertinência deste estudo, - que os resultados destes estudos, sejam usados, como alerta. A não notificação do erro, é condição essencial, para a necessidade de introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais, e das respetivas organizações prestadoras de cuidados de saúde. Em suma, importa alcançar melhores níveis de segurança e qualidade dos cuidados prestados aos doentes, sem perder o foco sobre o bem-estar dos cuidadores.

2. Métodos

Para dar consecução aos objetivos definidos, foi desenhado um estudo exploratório, transversal e de análise quantitativa descritiva, a partir dos dados obtidos, através da aplicação de um instrumento de recolha de dados "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar" (Eiras et al. 2014) a uma amostra de profissionais de enfermagem que prestam cuidado aos doentes em situação crítica.

2.1 Amostra

Amostra de carácter intencional, de 48 respondentes, num universo de 290 enfermeiros na instituição. No total da amostra, 40 elementos (83.3%) eram do género feminino e 8 (16.7%), do género masculino. Relativamente à variável idade, era prevalente a faixa etária dos 35 aos 39 anos (45.8%), com apenas 4 enfermeiros (8.3%), entre os 40 e 44 anos de idade.

2.1.1 Critérios de inclusão

Foram considerados critério de inclusão na amostra: a formação ao nível de licenciatura em enfermagem; a prestação ao nível cuidados diretos a doentes em situação crítica e enfermeiros com domínio da língua portuguesa.

2.2 Instrumento de recolha de dado

O instrumento de recolha de dados (IRD) adaptado por Eiras et al. (2014): Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar, e, elaborado a partir do original “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSPSC), apresenta as operacionalizações das variáveis dependentes em estudo, traduzindo assim, os indicadores sensíveis que expressam essas variáveis.

O IRD divide-se em 8 secções, de A a H: cada secção apresenta um determinado número de itens e gera variáveis ordinais. Assim, este IRD é composto por:

- duas questões de item único: Grau de segurança do doente (secção E) e o Número de eventos notificados nos últimos 12 meses (secção G). A variável grau de segurança do doente, não é operacionalizada, em IRD, de forma quantitativa, mas sim, numa escala de Likert (com cinco níveis, entre excelente e muito fraco), de componente ordinal. Assim, os enfermeiros, assinalam o nível de segurança do doente, segundo a sua experiência e percepção subjetiva.

- a componente restante do questionário apresenta 42 itens divididos em 5 secções, A, B, C, D e F, mensurados através de uma escala de Likert de 5 níveis. Em alguns itens esta escala assume uma variabilidade de concordância, e em outros itens uma variabilidade de frequência temporal

A secção A, apresenta 18 itens relativos ao serviço/unidade de trabalho; a secção B (4 itens) é relativa ao superior hierárquico; a secção C (6 itens) é relativa à comunicação; secção D tem 3 itens sobre a frequência da notificação de eventos/ocorrência; secção E aborda a classificação do grau de segurança do doente; secção F possui 11 itens sobre o hospital; a secção G questiona quanto ao número de eventos/ocorrências notificada e por último, a secção H refere-se aos dados sociodemográficos e profissionais. É a conjugação destes 42 itens que vão definir as 12 dimensões identificadas no questionário (Eiras, 2011).

As respostas obtidas e a análise posterior respetiva, respeitando a psicometria do IRD, geram um quadro multidimensional que insere 12 dimensões diferentes, que são ações/atitudes de cuidados de enfermagem, associadas à cultura de segurança do doente.

Estas 12 dimensões (D) estudadas são: D1 - Trabalho em equipa, D2- Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente; D3- Apoio à segurança do doente pela gestão; D4- Aprendizagem organizacional - melhoria contínua; D5- Percepções gerais sobre a segurança do doente; D6- Feedback e comunicação acerca do erro; D7- Abertura na comunicação; D8- Frequência da notificação de eventos; D9-Trabalho entre unidades; D10- Dotação de profissionais; D11- Transições e D12-Resposta ao erro não punitiva.

Para a análise e interpretação dos dados foi utilizado a metodologia recomendada por Sorra e Nieva (2004), que consiste na recodificação da escala de 5 para 3 categorias, conforme pode ser perceptível na Tabela 3, e na inversão das questões formuladas negativamente de modo a facilitar a análise dos dados.

Para a análise dos dados e seguindo as linhas de orientação da psicometria da escala – conforme as mesmas autoras - na recodificação da escala, decorreu o seguinte procedimento:

- para cada item as opções de resposta “concordo e concordo fortemente” e “a maioria das vezes e sempre” foram agrupadas numa só categoria considerada positiva;
- as opções de resposta “não concordo nem discordo” e “por vezes” foram agrupadas numa só categoria considerada neutra;
- as opções de resposta “discordo e discordo fortemente” e “raramente e nunca” foram agrupadas numa só categoria considerada negativa.

Deste modo, com esta recodificação temos:

1. através do cálculo dos percentuais de questões positivas nas dimensões/itens são obtidos os pontos fortes da cultura de segurança. Só são considerados pontos fortes, quando possuem uma percentagem superior ou igual a 75%.
2. quando os itens/dimensões possuem somente uma percentagem igual ou inferior a 50% são consideradas áreas a necessitar de melhoria, e, portanto, assumidas como (oportunidades de melhoria).

Para além de proporcionarem uma visão geral de cultura de segurança percebida, o percentual de respostas positivas ou negativas em cada item (indicador) pode contribuir para identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria na área da segurança do doente.

2.3 Procedimentos

Após análise do projeto de investigação e IRD, foi apresentada a solicitação à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste, Portugal, instituição onde se desenvolveu o estudo, da qual foi recebido o parecer favorável. O IRD foi divulgado e aplicado via online, no período entre 23 de julho a 31 agosto de 2021. Foi assegurado aos participantes a confidencialidade sobre os dados obtidos e preservado o anonimato.

O tratamento estatístico foi realizado através do programa Statiscal Package Social Science (SPSS) 26. Recorreu-se à análise descritiva, através dos valores de frequências absolutas (n) e relativas (%).

3. Resultados

Considerando o primeiro objetivo, apresenta-se o estudo da amostra do ponto de vista sociodemográfico, através das variáveis que a seguir se expõem (Tabela 1). Assim, verifica-se que a amostra era maioritariamente constituída por profissionais do sexo feminino (n=40; 83.3%) e em menor quantidade por profissionais do sexo masculino (n=8; 16.7%). No que concerne à variável idade, observa-se que a maioria se encontrava no intervalo entre 35 e 39 anos de idade (n=22; 45.8%); sendo que 13 profissionais de enfermagem apresentavam uma idade acima dos 44 anos (27.1%).

No que respeita ao tempo de experiência no serviço/unidade, verifica-se que a maioria, 26 (54,2%) dos profissionais, trabalhavam unidade atual, há menos de 2 anos, e apenas 2 (4.2%) tinham experiência de 21 ou mais anos.

Em relação ao local onde exercem funções, constata-se que a maioria, 20 enfermeiros (41.7%) trabalhavam nos serviços de medicina interna, e minoritariamente, 2 (4.2%) no serviço de bloco operatório, por último 1 (2.1%) no serviço de nefrologia e 1 (2.1%) no serviço de cirurgia.

Tabela 1 - Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis sociodemográficas/socioprofissionais, relativas à amostra.

		n	%
Sexo	Feminino	40	83.3%
	Masculino	8	16.7%
Idade	30 a 34 anos	9	18.8%
	35 a 39 anos	22	45.8%
	40 a 44 anos	4	8.3%
	>44 anos	13	27.1%
	<6 meses	13	27.1%
Experiência no serviço/unidade	6-11 meses	5	10.4%
	1-2 anos	8	16.7%
	3-7 anos	11	22.9%
	8-12 anos	6	12.5%
	13-20 anos	3	6.3%
	21 ou mais anos	2	4.2%
Local de exercício de funções	Cirurgia	1	2.1%
	Nefrologia	1	2.1%
	Psiquiatria	2	4.2%
	Bloco Operatório	2	4.2%
	Serviço de Internamento COVID/	3	6.3%
	Serviço de Urgência	4	8.3%
	Unidade de Cuidados Intensivos	15	31.3%
	Medicina Interna	20	41.7%

Para conhecer o contexto de ocorrências (notificadas ou não), e o grau de segurança, verifica-se que a maioria da amostra, 44 profissionais de enfermagem, à exceção de 4 profissionais, nos últimos 12 meses, Tabela 2, não realizaram relatórios de eventos/ocorrências. O grau de segurança do serviço/unidade foi considerado “Aceitável”, pela maioria dos profissionais (23; 47.9%).

Tabela 2 - Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis “Número de ocorrências/eventos” e “Grau de segurança do doente”

		N	%
Número de ocorrências/ eventos notificados nos últimos 12 meses	1 a 2	4	8.3%
	3 a 5	0	0
	6 a 10	0	0
	21 ou mais	0	0
	Nenhum	44	91.7%
Grau de segurança do doente	Excelente	2	4.2%
	Muito bom	17	35.4%
	Aceitável	23	47.9%
	Fraca	6	12.5%
	Muito fraca	0	0.0%
	Total	48	100%

ANÁLISE DESCRITIVA DA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO

Considerando o segundo objetivo, apresentam-se os resultados relativamente às 12 dimensões da segurança do doente, relativamente à amostra.

Como se verifica na Tabela 3, as respostas da maioria da amostra (79.7%) posicionam a dimensão 1 - trabalho em equipa, no estatuto de média positiva. De salientar que os itens e o item A3 apresentaram igual apreciação positiva de 93.75% sendo assim, dois pontos fortes da segurança ao nível dos serviços/unidades. O item que revelou percentagem inferior (43.75%) foi o item A11, pelo que se considera uma oportunidade de melhoria.

Dimensão 2 - Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança, constituída por quatro itens e obteve um resultado de resposta média positiva de 32.8%, Tabela 3, pelo que constitui uma oportunidade de melhoria. De salientar que o item com maior percentual de respostas positivas (37.5%) foi o item B2, pelo que constitui um item que necessita de melhoria, tal como todos os outros itens (B1, B3r, B4r) que tiveram uma apreciação positiva inferior a 50%.

A dimensão 3 - Apoio à segurança do doente pela gestão, teve um resultado da média positiva de 28,5%, Tabela 3, pelo que é considerada uma oportunidade de melhoria. O item F1 obteve uma resposta positiva de 25%, F8 obteve percentagem positiva de 18.7% e o item F9 com 41.7%. Todos estes itens são assim, oportunidades de melhoria, por terem apresentado uma pontuação abaixo de 50%.

A dimensão 4 - Aprendizagem organizacional-melhoria contínua avaliada por três itens, apresenta uma avaliação positiva média de 43.1%, Tabela 3, enquadrando-se nos aspetos que constituem oportunidades de melhoria. De salientar que, a maioria da amostra (70.8%), no item A9 respondeu que “discorda” ou que “nem concorda nem discorda”. O item, A13 apresentou uma apreciação positiva de 58.3%, seguida do item, A6 com 41.7%, sendo estes pontos também considerados oportunidades de melhoria.

Tabela 3 - Apresentação distribuição dos valores percentuais dos itens relativos às variáveis/ dimensões D1, D2, D3 e D4.

		%	%	%
		<i>Negativo</i>	<i>Neutro</i>	<i>Positivo</i>
Dimensão 1- Trabalho em equipa	A1 (...) os profissionais entreadjudam-se	0%	6.3%	93.8%
	A3 (...) grande quantidade de trabalho rapidamente (...)	2.1%	4.2%	93.8%
	A4 (...) os profissionais tratam-se com respeito	2.1%	10.4%	87.5%
	A11 (...) com excesso de trabalho, (...) dão-lhe apoio	35.4%	20.8%	43.6%
	Média	9.9%	10.4%	79.7%
Dimensão 2- Expetativas do supervisor/ gestor e ações que promovam a segurança do doente	B1 (...) palavra agradável quando vê um bom desempenho (...)	25%	41.7%	33.3%
	B2 (...) consideração, as sugestões dos profissionais (...)	27.1%	35.4%	37.5%
	B3r (...) pressão, (...) que trabalhemos mais rapidamente (...)	47.9%	22.9%	29.2%
	B4r (...) revê os problemas que acontecem (...)	33.3%	35.4%	31.3%
	Média	33.3%	35.4%	31.3%
Dimensão 3 – Apoio à segurança do doente pela gestão	F1 (...) A direção do hospital proporciona (...)	29.2%	45.8%	25%
	F8 (...) direção do hospital mostram que a segurança (...)	33.3%	48%	18.7%
	F9 (...) apenas interessada na segurança do doente (...)	22.9%	35.3%	41.7%
	Média	28.5%	43%	28.5%
Dimensão 4- Aprendizagem organizacional- melhoria contínua	A13 (...) a eficácia das alterações que fazemos (...)	29.2%	18.7%	52.1%
	A6 (...) a trabalhar ativamente para uma melhoria (...)	22.9%	35.4%	41.7%
	A9 (...) os erros proporcionam mudanças positivas	33.3%	37.5%	29.2%
	Média	28.5%	30.6%	41%

Dimensão 5 - Perceções gerais sobre a segurança do doente- é avaliada através de quatro itens, sendo o resultado da média positiva de 41%, Tabela 4, pelo que deve ser encarada como uma oportunidade de melhoria. O item A18 obteve apreciação positiva de 52.1%, não sendo considerado ponto forte (< 75%), mas um item a necessitar de melhoria (= > a 50%). Os itens, A15 e A10, apresentaram ambos uma apreciação positiva de 41.7%, seguindo-se o item A17 com 31.3%, sendo itens que necessitam de melhoria.

Dimensão 6- Feedback e comunicação acerca do erro, resulta da média de respostas positivas a três itens, e apresenta o valor de 41%, Tabela 4, devendo ser alvo de reflexão e melhoria. De salientar que os itens C5 e C1, apresentam o maior percentual das respostas negativas ou neutras, o item C3 obteve uma resposta positiva de 58.3%, sendo itens que necessitam melhoria.

Dimensão 7- Abertura na comunicação é obtida através de três itens, e para as quais se obteve um resultado médio positivo de 37.5%, Tabela 4, constituindo uma oportunidade melhoria. Note-se que o item com maior resposta percentual positivo (48%) foi C2 e a questão com maior percentual negativo (41.7%) foi C4.

Dimensão 8 - Frequência da notificação é avaliada através de três itens e obteve o resultado da média positiva de 21.5%, Tabela 4. Esta dimensão deve ser alvo de reflexão e melhoria. O item D1 obteve uma média de resposta positiva de 22.9%, D2 com 18.8% de respostas positivas e D3 com 22.9% de respostas positivas.

Tabela 4 - Apresentação da distribuição dos valores percentuais dos itens relativos às variáveis/ dimensões D5, D6, D7 e D8.

		%	%	%
		Negativo	Neutro	Positivo
Dimensão 5 - Percepções gerais sobre Segurança do doente	A10 (...) sorte que erros mais graves não ocorrem (...)	41.7%	16.7%	41.7%
	A15 Nunca se sacrifica a segurança do doente (...)	33.3%	25%	41.7%
	A17 (...) temos problemas com a segurança (...)	37.5%	31.3%	31.3%
	A18 Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros	14.6%	33.3%	52.1%
	Média	31.8%	26.6%	41.7%
Dimensão 6- Feedback e comunicação acerca do erro	C5 Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção (...)	33.3%	29.2%	37.5%
	C3 Somos informados acerca de erros que aconteçam (...)	25%	16.7%	58.3%
	C1 É-nos fornecido feedback acerca das mudanças (...)	47.9%	25%	27.1%
	Média	35.4%	23.6%	41%
Dimensão 7- Abertura na Comunicação	C2 Os profissionais falam livremente se verificarem (...)	18.8%	33.3%	48%
	C4 Os profissionais sentem-se à vontade para questionar (...)	41.7%	25%	33.3%
	C6r (...) têm medo de colocar questões (...)	22.9%	45.8%	31.3%
	Média	27.8%	34.7%	37.5%
Dimensão 8- Frequência da notificação	D1 Quando um erro é cometido, mas é detetado (...)	56.3%	20.8%	22.9%
	D2 Quando um erro é cometido, mas não tem perigo (...)	56.3%	25%	18.8%
	D3 Quando um erro é cometido, que poderia causar dano (...)	47.9%	29.2%	22.9%
	Média	40.1%	25%	21.5%

Dimensão 9 - Trabalho entre unidade, é avaliada por quatro itens, sendo o resultado da média positiva de respostas de 39,6%, Tabela 5, considerada oportunidade de melhoria. De salientar, o fato de que, para a maioria (58,3%), F6r, e para (47,9%), F2r, tanto F4 como F10 tem percentual de resposta positiva de 41,7%.

Dimensão 10 - Dotação de profissionais- O resultado da dimensão advém da avaliação de quatro itens e obteve um resultado de respostas média positivas de 22,4%, Tabela 5, devendo ser considerada alvo de melhoria. As avaliações negativas são significativas, sendo de (77,1%) no item A5r, seguido do item A2 (62,5%) e A14r (53,3%), enquadrando-se nos indicadores que constituem oportunidade de melhoria.

Dimensão 11 - Transições, é avaliada através de quatro itens que obtiveram um resultado positivo médio de 46,9%, Tabela 5, oportunidade de melhoria. Para a maioria, (54,2%), F11r "As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente", (45,8%) consideram que os problemas não ocorrem aquando da troca de informação entre vários serviços/unidades do hospital (F7r) e a informação não se perde quando são transferidos de um serviço/unidade para outro F5r (com 41,7%).

Dimensão 12 - Resposta não punitiva ao erro, avaliada por três itens, tem um resultado de média positiva de 15,9%, Tabela 5, a dimensão com valor mais baixo, carecendo de intervenção com prioridade urgente como oportunidade de melhoria. A avaliação com maior percentual negativo (50%), foram os itens A8r e, com a mesma avaliação percentual, A12r, pelo que devem ser considerados alvo de melhoria. O outro item A16r teve percentual negativo de (41,7%), devendo também ser alvo de atenção.

Tabela 5 - Apresentação da distribuição dos valores percentuais dos itens relativos às variáveis/ dimensões D9,

D10, D11 e D12.

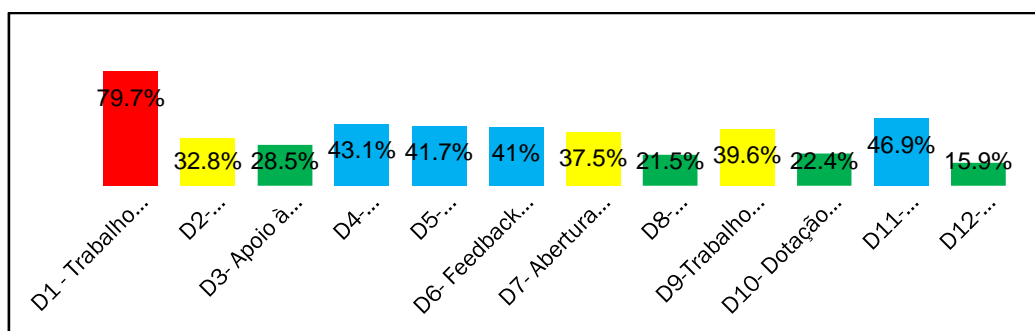
		%	%	%
		<i>Negativo</i>	<i>Neutro</i>	<i>Positivo</i>
Dimensão 9- Trabalho entre unidades	F2r Os serviços/unidades do hospital não se (...)	47.9%	35.4%	16.7%
	F4 Existe boa colaboração entre os serviços/unidades (...)	33.3%	25%	41.7%
	F6r É frequentemente desagradável trabalhar (...)	10.4%	31.2%	58.3%
	F10 Os serviços/unidades do hospital funcionam bem (...)	27.1%	35.4%	41.7%
	Média	29.7%	31.7%	39.6%
Dimensão 10- Dotação de profissionais	A2 (...) meios (...) para corresponder ao exigido (...)	62.5%	18.7%	18.8%
	A5r Os profissionais trabalham mais horas, (...)	77.1%	14.6%	8.3%
	A7 Dispomos de profissionais temporários (...)	22.9%	29.2%	47.9%
	A14r Trabalhamos em “modo de crise” (...)	56.3%	29.2%	14.6%
	Média	54.7%	22.9%	22.4%
Dimensão 11- Transições	F3r Situação caótica quando se transferem os doentes (...)	18.8%	35.4%	45.8%
	F5r (...) perda informação (...), durante as mudanças de turno	33.3%	25%	41.7%
	F7r (...) problemas aquando da troca de informação (...)	27.1%	27.1%	45.8%
	F11r As mudanças de turno (...) são problemáticas (...)	8.3%	37.5%	54.2%
	Média	21.9%	31.3%	46.9%
Dimensão 12- Resposta não punitiva ao erro	A8r (...) sentem que os seus erros são utilizados contra eles	50%	39.6%	10.4%
	A12r Quando uma ocorrência é reportada, (...)	50%	31.3%	18.7%
	A16r Os profissionais interrogam-se se os seus erros (...)	41.7%	39.6%	18.7%
	Média	47.2%	36.8%	15.9%

Conforme assumido no 3º objetivo, importa apresentar um contributo de análise teórica, para identificar as prioridades de intervenção, relativamente às dimensões de segurança, que, segundo a perceção amostral, se constituem como “oportunidades de melhoria”, por não se assumirem completamente eficazes,

As dimensões em estudo são identificadas, Gráfico 1, como “pontos fortes” (se a resposta média positiva for superior a 75%), ou como “oportunidades de melhoria” (se a resposta média positiva for inferior a 50%), e estas, subdivididas em 3 grupos: prioridades emergentes de melhoria (respostas médias positivas entre 10% a 30%), muito urgentes (resposta média positiva entre 30 a 40%), e por último, as oportunidades de melhoria urgentes, em dimensões com resposta de média positiva entre 40% a 50%.

A dimensão considerada ponto forte, Gráfico 1, foi D1, por outro lado identificam-se como prioridade emergente, dimensões com percentuais de média positiva significativamente baixos e que carecem de intervenção, nas oportunidades de melhoria nas dimensões D12, D8, D10 e D3; como prioridade de melhoria muito urgente as dimensões D2, D7 e D9; por último as dimensões como prioridades de melhoria urgentes identificadas são D6, D5, D4 e D11.

Gráfico 1 - Apresentação da distribuição dos valores médios percentuais positivos das variáveis relacionadas com as 12 dimensões, conforme respostas da amostra.



4. Discussão

O presente estudo diz respeito à análise reflexiva de uma amostra de 48 profissionais de enfermagem (16.6% da população de enfermeiros da instituição), percentual amostral, ligeiramente superior à encontrada no estudo de Eiras et al. (2011), que apresentou uma, nível de adesão de 11.1% dos enfermeiros da instituição onde se efetuou o estudo.

A apresentação desta discussão, terá como elemento central os objetivos formulados, partindo dos atuais resultados, em contraste com os de Eiras et al (2011), Sousa (2013) e Silva et al (2016), por terem sido estes, os encontrados na literatura, com mesmo objeto de estudo e amostras semelhantes.

A seguir serão discutidas as dimensões da cultura de segurança, partindo da hierarquização atribuída pelos enfermeiros da amostra, em corroboração ou não com os estudos nesta temática.

Assim, no que respeita à variável, grau de segurança do doente, 47.9% da amostra, considerou-o aceitável, corroborando Eiras et al. (2011) e Sousa (2013), e diferentemente dos resultados encontrados no estudo comparativo bi-amostral de Silva et al. (2016). Neste estudo, 68,9% e 12.6% das amostras, de uma das unidades em estudo (H1), consideraram o grau de segurança ao de “nível muito bom” e “excelente”, e na outra unidade (H2), a maioria dessa amostra (58.2%), considerou-o de nível “muito bom”.

Em suma, e corroborando os anteriores, também só a minoria amostral (12.5%) considerou “fraco”, o grau de segurança do doente.

A “notificação do erro”, considerada pertinente pela DGS, permite verificar que a grande maioria destes respondentes (n=44; 91.7%) não notificou qualquer evento ou ocorrência nos últimos 12 meses. Este resultado, corrobora as evidências já apresentadas, nos estudos de Eiras et al. (2011), de Sousa (2013), e de Silva et al. (2016), onde a maioria das amostras respetivas, assumiram, a não notificação de qualquer evento. Apenas uma minoria, 8.3% dos respondentes deste estudo, notificaram 1 a 2 relatórios de ocorrência.

Relativamente, ao objeto de estudo, “indicadores sensíveis de qualidade”, aqui operacionalizado através de 12 dimensões, que foram hierarquizadas pelos enfermeiros, verificou-se o seguinte:

As dimensões “Resposta ao erro não punitiva”, e o “Apoio à segurança do doente pela gestão”, a perceção de “Dotação de profissionais” e a “Frequência da notificação”, apresentam os resultados mais baixos (< 30% de respostas positivas), o que corrobora a subnotificação anteriormente referida. Ou seja, como os enfermeiros não apresentam a cultura laboral da “Notificação do erro”, torna-se invisível o erro efetuado e a sua respetiva análise, e, portanto, a sua melhoria. Assim, esta componente das dimensões do erro, deve constituir prioridade emergente, ao nível das equipas, para serem transformadas, em oportunidade de melhoria.

A dimensão “Resposta ao erro não punitiva”, foi a que obteve menor resultado positivo: só 15.9% dos enfermeiros, é que considera o seu erro, como um evento da prática, que não necessita necessariamente de punição, mas sim de reflexão.

Por isto, a percepção que os enfermeiros têm de que o seu erro poderá eventualmente desencadear críticas, corrobora os outros estudos: aproxima-se dos resultados de Sousa (2013) onde 21.2% da amostra sente o mesmo, bem como nos resultados de Silva et al. (2016), onde 26.7%, no H1 e 33.5% no H2, sente que os seus erros poderão ter apreciações punitivas. Eiras et al. (2011) apresentam o efeito inverso porque um número considerável de enfermeiros (41% da amostra) não se identifica com este sentimento.

Importa refletir e, considerando estes aspetos, se nesta menor adesão à resposta não punitiva ao erro, haverá influência de variáveis de percepção subjetiva. Por exemplo, será que estes profissionais de enfermagem, colocam a hipótese dos seus erros, serem registados no seu processo pessoal, e se deste registo, haver quaisquer consequências? Ou será que é apenas cultural, do ponto de vista formativo em termos de sistema educativo, e de metodologia de educação? Na verdade, uma explicação a estas questões, pode estar na convicção dos 50% de enfermeiros respondentes, ao assumirem que “sentem que quando notificam, estão a ser alvo de atenção, e não o problema em si” e, que os erros são utilizados contra eles.

Considerando este conjunto de resultados, torna-se pertinente uma observação e reflexão cuidadas, em contexto laboral, intra equipa, pelo que, a cultura educativa da tipologia de resposta ao erro não punitiva, deve ser foco de atenção prioritário, para a melhoria dos cuidados, seja na cultura de segurança do doente, seja na percepção de respeito e sentimento de bem-estar dos cuidadores.

A análise de eventos adversos deve ser realizada de tal forma, como aconselham Bruno (2010) e Fragata (2006), que seja personalizada, e não dê oportunidade a um ciclo de medo e de fuga, por receio de represálias e exclusão laboral. Na verdade, os autores defendem que será mais fácil avaliar a performance e o desempenho geral, do que incidir sobre “outliers”.

De entre as doze dimensões estudadas, a que obteve o segundo valor mais baixo, foi a “Frequência da notificação de eventos”: 21.5% dos enfermeiros da nossa amostra, corroboraram a minoria de enfermeiros em Sousa (2013) que também não têm o hábito de notificar eventos.

Todavia, estes resultados opõem-se à cultura encontrada nos estudos de Eiras et al. (2011), onde 44% da amostra notificou, e em Silva et al. (2016), com 39,1% (H1) e 55,9% (H2) das amostras também tiveram este procedimento.

Ou seja, a não subnotificação dos eventos adversos ocorridos, continua a ser uma realidade em outros hospitais. Importa sensibilizar para a importância da notificação de erros.

Só se forem conhecidos, podem ser reconhecidas as causas e consequências, e, portanto, melhorados os eventos, através de estratégias de ação e correção (Sousa, 2013).

Os resultados progressivamente conhecidos, apontam para a necessidade de adotar princípios organizacionais, no sentido de melhor sensibilização e consciencialização da problemática, para uma cultura de relato do erro, flexível, de justiça e aprendizagem. Para tal, deverá dispor de tempo para a construção e consolidação da cultura.

A dimensão “Dotação de profissionais”, na hierarquização feita pela amostra, obteve o terceiro valor mais baixo, e a média positiva de 22.4%. Ou seja, os enfermeiros respondentes, assumem a necessidade de mais elementos.

Entre os estudos analisados é também inferior: Sousa (2013) apresentou média positiva de 35%, Eiras et al. (2011) de 47%, e Silva et al. (2016) de 41.5% (H1) e 52.8% (H2) respetivamente, donde, se verificar que em nenhum dos estudos são atingidas médias positivas com valor superior a 75%, de forma a poderem ser consideradas forças de segurança. Esta, é uma área em que é necessário intervir urgentemente.

A amostra percebe (Tabela 5) que “não existem meios humanos para corresponder ao trabalho que lhes é exigido” (18.8%), “trabalham mais horas do que seria de esperar” (77.1%), dispõem de mais profissionais temporários do que o desejável” (47.9%), e trabalham “tentando fazer muito, demasiado depressa” (56.3%). Este fenómeno é em parte explicado pela redução qualitativa da higiene do sono em Fragata (2006), e pela fadiga, e

pressão em Ques et al. (2010), bem como as recomendações de dotações seguras para as necessidades de cuidados aos doentes (...) em condições de trabalho isentas de risco (International Council of Nursis, 2006).

Em relação à dimensão “Apoio à segurança do doente pela gestão” (o quarto valor mais baixo), obteve uma média positiva de 28.5%: há 18.7% e 41.7% de respondentes que se identificam com os três itens que constituem a dimensão. Este percentual (28.5%) traduz a não confiabilidade nas diretivas de ações, como promotoras da segurança do doente, resultado que corrobora Sousa (2013) com 24%, e contraria os muito superiores, de Silva et al. (2016) que apresenta 39.9% (H1) e 49.1% (H2), e ainda Eiras et al. (2011) em que 48% da amostra considerou estas diretivas promotoras da segurança.

A segurança hospitalar, fundamenta-se na organização como um todo dinâmico, e assume um papel relevante na performance através de duas vertentes que devem ser privilegiadas: a

eficiência organizacional e a segurança, onde e como defende Fragata (2006) que os profissionais são essenciais e sem eles a organização não sobrevive.

Constituindo-se como prioridade muito urgente em termos de oportunidade de melhoria, porque os seus resultados positivos se situam entre 30%-40%, estão as dimensões “Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente”, “Abertura na comunicação” e “Trabalho entre unidades”.

A primeira, com média positiva de 32,8%, e maior valorização (37.5%) no item B2 “leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança ...”, Tabela 3, onde a questão com menor percentual de média positiva (29.2%) foi B3r. Estes resultados são baixos, comparativamente aos resultados positivos (percentagens > 50%), de Sousa (2013) com 58%, de Silva et al. (2016) com 71.1% no (H1) e 68.1% no (H2) e em Eira et al. (2011) com 62%. No entanto, em nenhum destes estudos se considera esta dimensão como força de segurança, uma vez que apresenta uma média positiva inferior 75%.

Promover a segurança do doente requer motivação e compromisso a partir do topo de cada organização/instituição e dos líderes de cada serviço/unidade. Para mostrar que a segurança é uma prioridade e que a gestão da organização esta comprometida com a melhoria, a equipa de gestão deve ser visível e ativa na condução de melhorias de segurança dos doentes. Líderes envolvidos/empenhados levam assim a uma cultura de segurança através da conceção de estratégias e da construção de estruturas que orientam processos seguros e resultados (National Patient Safety Agency, 2004).

A dimensão “Abertura na comunicação”, com média positiva de 37.5%, também inferior a todos os estudos já referenciados: Sousa (2013) com 44%, Silva et al. (2016) com 62.5% (H1) e 58.2% (H2), e Eiras et al. (2011) com (52%). Esta amostra considerou positivamente, com 31.3%, o item C6r e o item C4 por 33.3%, (Tabela 4) revelando que não existe abertura na comunicação. A comunicação assertiva tem oportunidade de melhoria, porém, (48%), em C2 “Os profissionais falam livremente se verificarem ...”, pelo que os respondentes só consideram o terreno de defesa do doente um terreno seguro.

Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por comunicação aberta e fundada na confiança mútua. A comunicação, assume-se como um indicador sensível de qualidade, e uma mais-valia essencial em qualquer equipa. A este respeito, resgatam-se as conceções de Santos et al. (2010), relativamente à relação entre indicadores sensíveis de qualidade em saúde e qualidade de interação e da comunicação, nomeadamente, na escuta empática, no momento de handover (passagem de turno), entre os membros da equipa, para a construção do modelo mental de interação.

Com uma percentagem média positiva de 39.6%, o “Trabalho entre unidades” um valor mais elevado que o apresentado no estudo de Sousa (2013) com 35%, e mais baixo, comparativamente com os de, Eiras et al. (2011) com 51% e Silva et al. (2016) com 58.5% no (H1) e 56.3% no (H2).

De considerar que para a maioria (58.3%), F6r e (47.9%), F2r, (Tabela 5) isto poderá, hipotética e eventualmente, dever-se as alterações estruturais dos serviços devido à pandemia e à entrada de profissionais de enfermagem temporários.

As dimensões “Feedback e comunicação”, “Perceções gerais sobre a segurança do doente”, “Aprendizagem organizacional-melhoria continua” e “Transições” constituem prioridade urgente em termos de oportunidade de melhoria porque apresenta valores inferiores a 50%.

A primeira, “Feedback e comunicação acerca do erro” apresentou média positiva de 41%, inferior aos estudos de Sousa (2013) com 47%, Eiras et al. (2011) com 54% e Silva et al. (2016) com 66.5% (H1) e 78% (H2). De salientar que há um item nesta dimensão com resposta positiva C3 (58,3%), no entanto, não se observa que haja feedback, ou seja, os itens C5 “...discutimos modos de prevenção de repetição de erros” (37.5%) e C1 “É-nos fornecido feedback...” (27.1%), reflete que não existe retorno do que é relatado. Este assunto é pertinente, porque assumindo Santos et al. (2010), “O tipo de gestão da hierarquia de uma cultura profissional e institucional pode constituir-se como uma barreira comunicacional, hoje identificada como facilitadora do erro, na medida em que o feedback a um procedimento incorreto e a proposta de alternativas mais eficazes não são verbalizadas, impedindo uma correção atempada” (Santos et al., 2010).

As “Perceções gerais sobre a segurança do doente” com média positiva de 41.7%, corrobora Sousa (2013) com 44%, mas é inferior ao encontrado nos estudos de Eiras et al. (2011) com 59% e Silva et al. (2016) com 65.3% (H1) e 70.9% (H2). No que se refere aos “...procedimentos e sistemas eficazes na prevenção do erro” (A18), obteve uma aderência (percentual positivo) de 52.1%. Percentagens iguais, (41.7%), nos itens A15 e A10, respetivamente, o que indica que “... a sobrecarga de trabalho coloca em risco a segurança do doente”, e só “...por sorte que não ocorrem erros mais graves...”. Esta percepção de sobrecarga, encontra proteção no recomendado pelo International Council of Nurses (2006), quando recomenda que a atribuição de mais um doente por enfermeiro, está associada a um aumento de probabilidade de morte e, de insucesso.

A dimensão “Aprendizagem organizacional-melhoria continua” é percecionada pela amostra como uma capacidade que é pertinente e na qual importa investir, já que 43.1% dos enfermeiros fazem uma atribuição positiva, mas ainda assim, inferior a 75%, percentual assumido pelas autoras da escala, para poder ser considerado um ponto forte.

O item A13 com (58.3%) e o item A6 com (41.7%), refletem a preocupação da equipa na procura continua de soluções para as dificuldades encontradas na prestação de cuidados ao doente. Verifica-se que este resultado apresenta avaliação positiva mais baixa do que os estudos realizados por Eiras et al. (2011) que apresenta 68%, Sousa (2013) 55% e Silva et al. (2016) com 70.9% (H1) e 81.3% (H2). Esta dimensão assume um papel fundamental na cultura de segurança e como indicador sensível, pois a segurança do doente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde em todo mundo. Os sistemas de saúde que diminuem a um mínimo possível os riscos de dano ao doente, promovendo a segurança, estão a aumentar a qualidade dos seus serviços, uma vez que a segurança tem interação com quase todas as dimensões de qualidade.

Cabe aqui assinalar o que defende Fragata (2006), ao assumir que o treino em equipa pressupõe uma atmosfera de aprendizagem, baseada numa boa comunicação que vença as barreiras naturais, que se opõem sempre à discussão e ao diálogo com amortecimento de diferenças. Pela aprendizagem a equipa adquirirá a capacidade de mudar, inovar e evoluir (Fragata, 2006).

O conceito da dimensão “Transições”, apresenta uma avaliação média positiva de 46.9%, com especial relevo para o item F11r (8.3%) e o item F3r (18.8%). Considerando este baixo resultado, esta dimensão deve ser considerada com necessidade de uma oportunidade de melhoria urgente. E faz sentido, já que, a informação transmitida nas passagens de turno e na transferência de serviços/unidades, é fundamental para a continuidade de cuidados. Os resultados obtidos são mais baixos que os apresentados nos estudos de Silva et al. (2016) com 69.3% (H1) e 67.9% (H2), e Eiras et al. (2011) com 59%. Contudo o estudo realizado por Sousa (2013), teve valor mais baixo, com 35%.

As variáveis promotoras da qualidade em saúde, donde se destacam os indicadores sensíveis de qualidade, pretendem também melhorar a qualidade na interação e comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelos cuidados, e por isso, na segurança do doente. Em suma, é importante promover a comunicação na equipa,

nomeadamente, no momento específico de handover (passagem de turno) e a comunicação mais alargada intra e inter equipas de saúde.

Segundo a Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization-JCAHO (2005), handover é o processo de passagem de informação entre profissionais de saúde que tem como missão a continuidade de cuidados. É uma interação importante que implica um processo de comunicação entre os profissionais, assim como a transferência de responsabilidade do cuidado, que acontece num sistema organizacional e cultural complexo. A complexidade do tipo de informação a ser transmitida, os meios de comunicação adotados, e as características dos vários cuidadores tem impacto na efetividade e eficiência do handover e, na segurança do doente. O aumento da qualidade do handover tem sido associado a melhor qualidade de serviços, à diminuição de erros e à diminuição da mortalidade (Santos et al., 2010).

A dimensão “Trabalho em equipa” é a dimensão considerada “ponto forte”, uma vez que, e de acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), são pontos fortes na instituição se tiver 75% de respostas médias positivas, e esta dimensão no presente estudo apresentou média positiva de 79.7%. Os dois itens mais pontuados foram A1 e A3, (ambos com 93.8%), e A4 (87.5%). Comparativamente com os estudos analisados, o presente estudo tem melhor avaliação positiva, Sousa (2013) com 68.1%, Eiras et al. (2011) com 73%, e ligeiramente com avaliação positiva mais alta em Silva et al. (2016) com 86.2% (H1) e 85.6% (H2).

Praticamente todas as atividades realizadas nas instituições de saúde são desenvolvidas no seio das equipas. O nível do trabalho produzido depende hoje não só da excelência dos profissionais envolvidos, mas também do modo como conseguem trabalhar em equipa e não menos, o modo como esta equipa é liderada (Fragata et al., 2006). Todavia, é necessário ir mais longe.

Conclusão

O enfermeiro especialista distingue-se pela formação e ação cuidativa, através de intervenções autónomas ou interdependentes, à pessoa em situação crítica, executadas de modo consistente, no sentido da segurança clínica e da gestão do risco.

Partiu-se da constatação de necessidade de investigação na área dos indicadores sensíveis de segurança do doente e da gestão de risco, como promotores de reflexões em qualidade dos cuidados de saúde em geral, e nos de prestação de cuidados em particular. Para tanto, foram formulados três objetivos que orientaram o percurso metodológico, e aos quais, se deu consecução, com resultados evidentes. Assim, considera-se que este trabalho, pode ser um contributo, para uma praxis refletida, já que a amostra nos pôde conduzir, para um perfil de indicadores, expressivos de grande parte de intervenções/dimensões, para a qualidade e segurança dos cuidados em saúde. Numa primeira abordagem, verificou-se que os enfermeiros assumiram o trabalho em equipa, a capacidade de entreatajuda, a comunicação e o respeito, e a equidade, como os “pontos fortes”, daquilo que consideraram, as variáveis promotoras de qualidade. E é este conjunto de resultados, que permite recentrar o debate reflexivo, nestas capacidades, seja ao nível institucional, seja ao nível relacional da equipa. Ou seja, importa capitalizar recursos formativos e atencionais nestas áreas. De forma mais específica, na sua perceção subjetiva, a maioria da amostra, considerou o grau de segurança entre aceitável e muito bom.

Por oposição, as variáveis assumidas com necessidade de intervenção, - aqui consideradas como oportunidades de melhoria -, traduzem não o que deve permanecer, mas sim, no que há a alterar. E nesta perspectiva centra-se no que diz respeito ao *modus operandi* na resposta ao erro, e a frequência (ou não) de notificação. Isto permitiu-nos observar o universo do clima social e emocional, do que vivem, e do que deve, de alguma forma, ser reapercebido e alterado. Além destas dimensões, foram também consideradas com necessidade de melhoria contínua, a aprendizagem organizacional e a dotação de recursos, que se agregam num outro conjunto, identificado assim, com necessidade de intervenção prioritária.

Mas importa olhar para a subnotificação como uma realidade transversal a muitos hospitais portugueses. Assim, considera-se a importância da notificação de eventos/incidentes, no processo de aprendizagem em torno do erro, e a necessidade de reaprender, a partir da conceção do erro como experiência não punitiva.

Urge desenvolver uma política de segurança do doente que promova a notificação voluntária e não punitiva de todos os eventos, com consequente identificação de falhas ocorridas e implementação de estratégias corretivas, para que estas, não se voltem a repetir.

É necessário conhecer profundamente o contexto laboral, para desocultar focos de falhas e de sofrimentos. Importa reunir reflexões válidas acerca dos resultados e construir protocolos com procedimentos promotores de mudanças no comportamento e atitudes. Todavia, não existe, tendo como base a revisão bibliográfica desenvolvida, nenhum programa implementado, a médio e ou longo prazo, em qualquer instituição, com a finalidade de identificar, corrigir e reimplementar, de forma metodológica e sistemática, as ações consideradas de menor nível de eficácia e/ou eficiência.

Assim, propõe-se, investir em estudos sobre o fenómeno do erro e nos danos provocados pela sua omissão. Importa aqui deixar expressa essa ideia de que o erro e a sua divulgação, em contextos dos profissionais de saúde, podem propiciar uma mudança de cultura formativa e auto formativa. Não será um processo fácil, mas ainda assim, é possível. Recomenda-se a formação de profissionais e implementação de medidas simples, construindo uma instituição mais segura, beneficiando os doentes, profissionais e a própria instituição.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

Agradecimentos e Financiamento

Agradecem-se os contributos do Instituto Politécnico de Bragança e de todos os Enfermeiros participantes no estudo.

Referências bibliográficas

- Bruno, P. (2010), Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal – Erro em Medicina, Coimbra Editora, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Centro de Direito Bio-médico, ISBN: 978-972-32-1881-7.
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia*. Tese de Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Políticas e Administração em Saúde. Escola Nacional de Saúde Publica da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/13667/1/Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Margarida%20Eiras.pdf>
- Eiras, M., Escoval, A., Grillo, IM. & Silva-Fortes, C. (2014). *The hospital survey on patient safety culture in. Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. Int. J. Health Care Qual. Assur*, 27 (2), 111-122. Doi: 10.1108/IJHCQA-07-2012-0072;
- Direção Geral da Saúde (2020). Norma nº 5/2018 de 20 de 02 de 2018 atualizada em 10 de 01 de 2020, avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais. DGS: Lisboa. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de Maio de 2015. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para a qualidade em saúde 2015-2020. Diário da República: II série. No 102 (2015). Disponível em <https://dre.pt/application/file/67318639>.
- França, M., Fragata, I., Bilbao, M., Ferreira, S., Santos, S., Fragata, J. & Barros, P.P. (2006), Risco Clínico – complexidade e performance, Coimbra: Edições Almedina, SA, Depósito legal 242854/06.
- Fragata, J. (2006), Risco Clínico: complexidade e performance. Almedina. ISBN: 972-40-2835-6.
- Fragata, J., & Martins, L. (2006), O Erro em Medicina: perspectivas do individuo, da organização e da sociedade, Almedina.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel. p 312. ISBN: 978 972 757 797 2.
- Institute of Medicine [IOM]. (2001). *Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality. chasm: a new health system for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
- International Council of Nurses (2006), Dotações seguras salvam vidas – Instrumento de Informação e Acção, Genebra (Suíça) ISBN:9295040449 http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/599/1/msc_eoslameiras.pdf
- Joint Commission International. Center for Patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions [Internet]. Oak Brook, IL: Center for Patient Safety. JCI; 2005 <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>.

Berça, I. 2022. Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine [IOM]. Committee on Quality of Health Care in America. Editors. Washington (DC): National Academies Press (US). PMID: 25077248.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos*. Brasil: Diversos. ISBN 9788520412633.
- National Health System [NHS]. (2013). *NHS Services, Seven Days a Week Forum Evidence base and clinical standards for the care and onward transfer of acute inpatients*. NHS. <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/evidence-base.pdf>.
- National Patient Safety Agency, NHS (2004), *Seven Steps to Patient Safety – the full reference guide*, second print August 2004. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59971&>
- Oliveira, D. et al. (2008). *Projeto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal*. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 36-41. ISSN 1646-2629. 28.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa .
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Divulgar: Ordem dos enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em Indicadores de Qualidade de Enfermagem no Serviço de Urgência - Módulo I -7. http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicador esVFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documentos/LegislacaoOE/>
- Peralta, T.J. (2012). *Segurança do doente: Perspetivas dos profissionais de um hospital da região centro* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Pereira, F. (2007)– *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.
- Petronilho, F. (2009). *Produção de indicadores de qualidade: a Enfermagem que queremos evidenciar*. *Revista sinais vitais*. Coimbra. 82:35- 43. ISSN 0872-8844.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, P. B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. São Paulo: Artemed. p487. ISBN 0-7817-2557-7.
- Polit, Denise F. e Hungler, Bernadette P. (1995), *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, 3ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN: 85 7307 101 x.

Berça, I. 2022. Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

- Ribeiro, O., Carvalho, F. & Ferreira, P. (2008). *Qualidade dos cuidados de saúde*. Revista Millenium,35. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed). Porto: Legis Editora.
- Santos, M. C., Grilo A., Andrade G., Guimarães T., & Gomes A., (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. [Online] Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-deapoio/cdi/cdi/sectordepublicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/6->
- Santos, M., & Rennó C. (2013). *Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura*. Revista de Administração de Saúde. 58(15): 27-30. http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?pndoc=597&p_nanexo=381
- Silva, E.M., Pedrosa, D.L., Leça, A.P., & Silva, D.M. (2016). *Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico*. Revista de Enfermagem Referência, série 4 (9). <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16007>
- Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. 1ª edição ed. s.l.: Personal Vision.
- Sousa, A.M. (2003) - A formação contínua em enfermagem: Estudo nas perspetivas do enfermeiro. Nursing. Ano 15, nº175. p.28 – 33.
- Sousa, A. M. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente num centro hospitalar da região centro* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.

Berça, I. 2022. Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

CONCLUSÕES

O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite cuidar da pessoa em situação crítica por meio das intervenções autónomas ou interdependentes de modo consistente com a forma integrada de manutenção da segurança clínica e da gestão do risco.

A investigação na área dos indicadores sensíveis de segurança do doente e da gestão de risco pode contribuir para alicerçar os processos de qualidade dos cuidados de saúde no geral e nos cuidados de enfermagem no particular.

Relativamente ao primeiro objetivo estabelecido neste estudo, verificou-se que a dimensão considerada “ponto forte” foi Trabalho em equipa (D1), e as dimensões tidas como oportunidades de melhoria, mediante a análise dos dados, foram identificadas como sendo as: expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente (D2); apoio à segurança do doente pela gestão (D3); aprendizagem organizacional - melhoria contínua (D4); perceções gerais sobre a segurança do doente (D5); feedback e comunicação acerca do erro (D6);- Abertura na comunicação (D7); frequência da notificação de eventos (D8); trabalho entre unidades (D9); dotação de profissionais (D10); transições (D11) e, por último, resposta ao erro não punitiva (D12), pelo que necessitam intervenção prioritária na melhoria das ações.

Quanto ao grau de segurança do “serviço/unidade”, a maioria da amostra entende que se encontra entre “aceitável/muito bom”, (83,3%), apesar de 44 respondentes (91,7%), não ter notificado nenhum evento nos últimos 12 meses.

A subnotificação é uma realidade na instituição, sendo transversal a muitos hospitais portugueses. Considerando a importância da notificação de eventos/incidentes, no processo de aprendizagem em torno do erro, aleado à perceção negativa na dimensão “Resposta ao erro não punitiva”, verificou-se que urge desenvolver uma política de segurança do doente que promova a notificação voluntária e não punitiva de todos os eventos, com consequente identificação de falhas ocorridas e implementação de estratégias corretivas, para que estes não se voltem a repetir. Posteriormente dever-se-ia investir noutras áreas, como estudos sobre os danos provocados pelos erros e a sua divulgação junto dos profissionais de saúde.

Uma mudança de cultura não será um processo fácil, mas ainda assim, é possível. Recomenda-se a formação de profissionais e implementação de medidas simples, construindo uma instituição mais

segura, beneficiando os doentes, profissionais e a própria instituição.

Em termos de limitações do estudo observa-se a dificuldade de generalização de resultados para todo o hospital uma vez que a amostra foi de 48 e com poucos elementos de alguns serviços da Instituição. Sugerem-se estudos mais abrangentes para ser possível a representatividade consistente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. C. (2008). *Transição e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informações*. Formasau. 65. ISBN 978-972 8485-96-2.

Alarcão, I.; Rua, M. (2005) – Interdisciplinidade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. Vol. 3, Nº14. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf> ;

Almeida, T. & Lamas, J. (2012). Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva Adulto: avaliação sobre medida direta e indireta da pressão arterial. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 47(2), 369-376;

Alves, Â. G. e Redondo, J. A. 1999. Plano de Emergência Hospitalar. Comissão de Planeamento de Saúde de Emergência. Ministério da Saúde;

Almeida, L. (2008). *Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado*. RBCEH. 5. 130-40.

Barros, P. P., Fragata, J., Santos, S., Ferreira, S., Bilbao, M., Fragata, I. & França, M. (2006). *Risco clínico: complexidade e performance*. Coimbra: Almedina, 2006. ISBN 9789724028354

Bittar, O. J. N. V. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração Em Saúde*;

Bogdan, R. & Biklen, S. (2006). *Investigação qualitativa em educação: introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora. 336 p. ISBN: 978-972-0-34112-9.

Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal*. Wolters Kluwer sob a marca Coimbra Editora, 2010

Canhão, A. (1997). *Sexualidade e envelhecimento*. Geriatria. ISSN 0871-5386, 10(92), 12-18.

Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1988). *Metodologia da investigação – guia para auto-aprendizagem*. Lisboa. Universidade aberta. 353 p. ISBN: 978972-674-231-9.

Carvalho, M. M. M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Lusociência. 420 p. ISBN:972-8383-00-2.

Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica*. Lusodidacta. 293 p. ISBN: 978-989-8075-05-5.

Dias JD, Mekaro KS, Tibes CMS, Zem-Mascarenhas SH. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. *Rev. Min. Enferm.* 2014;18(4):866-73. <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n4a08.pdf>

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Direção Geral de Saúde (2003a). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf> ;

Direção Geral de Saúde. 2004. “ Orientação para a elaboração de um manual de boas práticas em bacteriologia”. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/manuais-de-boas-praticas/orientacoes-para-a-elaboracao-de-um-manual-de-boas-praticas-em-bacteriologia.aspx> ;

Direção Geral da Saúde. 2007. “Circular Normativa nº 18/ DSQC/ DSC de 15 de Outubro de 2007: Comissão de Controlo de Infeção”. <https://www.dgs.pt/?cr=11776> ;

Direção Geral de Saúde (2007). Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx> ;

Direção Geral de Saúde. 2008. “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção associada aos Cuidados de Saúde, Manual de Operacionalização”.

Direção Geral de Saúde. 2009. “Critério para definição de infeções associadas aos cuidados de saúde agudos”. <file:///C:/Users/Manuel/Downloads/i010692.pdf> ;

Direção Geral de Saúde. 2010. “PNCI, Vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea, Protocolo”. <file:///C:/Users/Manuel/Downloads/i013655.pdf> ;

Direção Geral de Saúde (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsdsd-de-14062010.aspx> ;

Direção Geral da Saúde (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. https://mcusercontent.com/b826be5c93722e0818a99c861/files/1e7a7bd8-a8cf-49b0-9c77-4bca3e7fc286/classificacao_OMS_SD.pdf

Direção Geral da Saúde & Associação Portuguesa de Desenvolvimento Hospitalar (2015). Relatório: Segurança dos doentes. Avaliação da cultura nos hospitais. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acsd_hh_relatorio-nacional_2014-vf5agostopdf-pdf.aspx

Direção Geral da Saúde (2019). Relatório de progresso de monitorização do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – 4º trimestre de 2019. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/monitorizacao/notificacao-de-incidentes-e-eventos-adversos.aspx>

Direção Geral da Saúde (2020). Norma nº 5/2018 de 20 de 02 de 2018 atualizada em 10 de 01 de 2020, avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais. DGS: Lisboa.

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Despacho n.º 5613/2015, de 27 de Maio de 2015. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para a qualidade em saúde 2015-2020. Diário da República: II série. No 102 (2015). <https://dre.pt/application/file/67318639>

Donabedian A. (1990). Pillars of Quality. *Arch Pathol Lab Med*. 114: 1115-1118.

Donabedian A. (2001). La calidad de la atención médica. *Rev Calid Asist*. 16:529-538. <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/251.pdf>.

Doran, D., Sidani, S., Keatings, M. & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal Of Advanced Nursing*. 38(1), 29-39. DOI: [10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x)

Eiras, M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia*. Tese de Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Políticas e Administração em Saúde. Escola Nacional de Saúde Publica da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/13667/1/Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Margarida%20Eiras.pdf>

Eiras, M., Escoval, A., Grillo, IM. & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *Int. J. Health Care Qual. Assur*, 27 (2), 111-122. Doi: 10.1108/IJHCQA-07-2012-0072;

Eiras, M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia*. Tese de Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Políticas e Administração em Saúde. Escola Nacional de Saúde Publica da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/13667/1/Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Margarida%20Eiras.pdf>

European Commission (2010). European society for quality in healthcare. European network for patient safety (EUNetPaS) – Use of patient safety culture: instruments and recommendations. https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/2007109/2007109_eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf

Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação*. Científica. Lisboa: Monitor, p.305. ISBN: 972-9413-67-3.

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Flick, U. (2009). *Desenho da Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artemed. p.164. ISBN: 978-85-363-2052-6.

Fontana, T. R. (2006). As Infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Rev. bras. enferm.* 59(5). <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500021>

Fonseca, C., Carreiras, N, Galhofas, M. & Costa, A. (2018) Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas em processo cirúrgico: Revisão Sistemática da Literatura, *Journal of Aging & Innovation*. 7 (1): 103 – 119. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10-processo-Cir.pdf>

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel. p 312. ISBN: 978 972 757 797 2.

Gibbs, G. (2009). *Análise de Dados Qualitativos*. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 978- 85- 363- 2055-7.

Institute of Medicine [IOM]. (2001). *Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality. chasm: a new health system for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>

International Council of Nurses [ICN]. (2002). *Definition of Nursing*. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. *Institute of Medicine [IOM]. Committee on Quality of Health Care in America. Editors*. Washington (DC): National Academies Press (US). PMID: 25077248.

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Lei de Bases de Saúde. Diário da República no 169/2019, Série I. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/124417108/details/maximized>

Lima FSS, Souza NPG, Vasconcelos PF, Freitas HA, Jorge MSB, Oliveira ACS. Implicações da segurança do paciente na prática do cuidado de enfermagem. *Enfermería Global*. 2014;(35):311-27. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/pt_revision2.pdf

Martins, C. (2010). *Opinião: Indicadores Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem*. Direção Geral da Saúde. <https://pns.dgs.pt/opiniao-indicadores/>

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos*. Brasil: Diversos. ISBN 9788520412633.

Moran, A. E., Forouzanfar, M. H., Roth, G. A., Mensah, G. A., Ezzati, M., Flaxman, A. Murray, C. J. & Naghavi, M. (2014). *The global burden of ischemic heart disease in 1990 and 2010: the Global Burden of Disease 2010 study*. *Circulation*. 129 (14): 1493-501.

National Health System [NHS]. (2013). *NHS Services, Seven Days a Week Forum Evidence base and clinical standards for the care and onward transfer of acute inpatients*. NHS. <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/evidence-base.pdf>.

National Patient Safety Agency (2003). *Seven steps to patient safety: a guide for NHS staff*. National Patient Safety Agency, 2003. <http://www.wales.nhs.uk/documents/Sevenstepsoverview.pdf>

FDO, Barros LAA, Azevedo RM, Paiva SS. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? R de Pesq: cuidado é fundamental online-Bra-. 2014 [citado 30 Jun 2015];6(2):841-847. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n2p841

Oliveira, D. et al. (2008). Projecto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. 36-41. ISSN 1646-2629. 28

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Divulgar: Ordem dos enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem. *Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.13:2-8. ISSN 1646-2629

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em Indicadores de Qualidade de Enfermagem no Serviço de Urgência - Módulo I - 7 http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_IndicadoresVFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros. <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/>

Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetencias-PessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Organização das Nações Unidas (1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem

Peralta, T.J. (2012). Segurança do doente: Perspetivas dos profissionais de um hospital da região centro (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Pereira, F. (2007)– Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.

Petronilho, F. (2009). Produção de indicadores de qualidade: a Enfermagem que queremos evidenciar. *Revista sinais vitais*. Coimbra. 82:35- 43. ISSN 0872-8844

Pires, A. R. (2016). *Sistemas de Gestão da Qualidade. Ambiente, segurança, responsabilidade social, indústria e serviços*. Edições Sílabo. 2ª ed.

Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, P. B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. São Paulo: Artemed. p487. ISBN 0-7817-2557-7.

Polit, Denise F. e Hungler, Bernadette P. (1995), *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, 3ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas, ISBN: 85 7307 101 x.

Pope, C. & Mays, N. (2005). *Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde*. 2ª ed. São Paulo: Artmed. p118. ISBN 0-7279-1396-4.

Porter M. & Teisberg E. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. *Harvard Business School Press*. Estados Unidos da América. http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf

Porter M. (2010). Measuring Health Outcomes: The Outcome Hierarchy; *New England Journal of Medicine*. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1011024>

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Porter M.; Lee T. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*.
<https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>

Poupart, J. et al. (2010). *A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2ª ed. São Paulo: Editora Vozes. p 464. ISBN: 978-85-3263681-2.

Pryce, A. (1992). Sexualidade e o doente. *Nursing*. 59(5): 22-24. ISSN 0871-6196

Ribeiro, O., Carvalho, F. & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Millennium*,35.
http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf

Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed). Porto: Legis Editora.

Rua, M. (2011). *De Aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.

Santos, M., Rennó C. (2013). Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Revista de Administração de Saúde*. 58(15): 27-30.
http://www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?pndoc=597&p_nanexo=381

Saturno, Pedro e tal (2009), Analisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Espanõl, Ministério de Sanidad y Política Social, Centro de Publicaciones Paseo del Prado, ISSN: 35109-037-0. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

Sorra, J. S. e Nieva V. F. (2004), Hospital Survey on Patient Safety Culture, Agency for Healthcare Research and Quality, nº 04-0041. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/resources/index.html>

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*. 320: 768-770. Disponível em <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Silva, A. & Lage, M. 2010. Enfermagem em cuidados intensivos. Formasau, Coimbra

Sousa, M. (2008). Enfermagem e Direitos Humanos. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 31 (12), 9-11.

Sousa, P., Uva, A. S. & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10:89-95.

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspectiva dos profissionais de enfermagem

Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2001). *Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2001.

Zenewton, A. et al (2013), Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles, Cad. Saúde Pública vol.29 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2013 ISSN 0102-311X, http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000200015&script=sci_arttext

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

ANEXOS

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Anexo I – Instrumento de recolha de dados

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Questionário Hospitalar sobre a cultura de segurança do doente

QUESTIONÁRIO SOBRE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM HOSPITAIS (CONCEPÇÃO, TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO, EIRAS, M. 2011)

Caro participante,

Este estudo insere-se no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, sob o tema: **Indicadores sensíveis de Segurança e Gestão de Risco dos cuidados de enfermagem - Perspetiva dos profissionais de enfermagem**, sob orientação da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco, CIÊNCIA ID <https://www.cienciavita.pt/pt/6211-8999-F020>, com o Objetivo geral de conhecer a Perspetiva dos profissionais de Enfermagem, relativamente ao nível de Segurança e Gestão de Risco dos Cuidados de Saúde.

Assim, solicita-se a sua colaboração para o Preenchimento do Questionário: “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio Hospitalar”, validado para Portugal (Eiras, 2011).

A sua participação é voluntária, contudo imprescindível para o desenvolvimento do estudo.

Os dados colhidos destinam-se a fins estritamente científicos, está garantida a confidencialidade e o anonimato de todos os inquiridos. Os resultados serão disponibilizados no final do estudo. Para qualquer dúvida contactar investigador Isabel Berça <https://orcid.org/0000-0003-3329-5266>. (mail: isabel.berca@ulsne.min-saude.pt)

Questionário Hospitalar sobre a cultura de segurança do doente

A segurança do doente é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo. Este questionário pretende avaliar as perceções de todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde do seu Hospital. Não existem respostas certas nem erradas. Solicitamos que expresse a sua opinião no momento. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato. Para estabelecer um quadro de referência comum, optámos por definir alguns conceitos.

Um "incidente" é definido por qualquer tipo de erro, acidente ou anomalia resultante, ou não, em danos para o doente. A "segurança do doente" é definida como a prestação de cuidados de saúde, livre de qualquer dano.

Instruções de Preenchimento: Este questionário demorará entre 10 a 15 minutos a responder. Considere o Serviço/unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente.

Secção A: O seu serviço/unidade de trabalho

Indique por favor, o grau de concordância com as seguintes afirmações acerca do serviço/unidade onde trabalha. Utilize para isso a escala indicada:

1	2	3	4	5	6
Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não se aplica

	1	2	3	4	5	6
1. Neste serviço/unidade os profissionais entreadjudam-se						
2. Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido						
3. Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer						
4. Neste serviço/unidade os profissionais tratam-se com respeito						
5. Os profissionais trabalham mais horas, o que pode pôr em causa a segurança do doente						
6. Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente						
7. Dispomos de profissionais temporários na prestação de cuidados, o que pode pôr em causa a segurança do doente						
8. Os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles						
9. Aqui, os erros proporcionam mudanças positivas						
10. É apenas por sorte que erros mais graves não ocorrem neste Serviço/unidade						
11. Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão-lhe apoio						
12. Quando uma ocorrência é reportada, parece que é a pessoa que esta a ser alvo de atenção e não o problema em si						
13. Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos no sentido de melhorar a segurança do doente						
14. Trabalhamos em "modo de crise", tentando fazer muito, demasiado depressa						
15. Nunca se sacrifica a segurança do doente, mesmo quando há muito trabalho						
16. Os profissionais interrogam-se se os seus erros são registados no seu processo pessoal						
17. Neste serviço/unidade, temos problemas com a segurança do doente						

18. Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros

--	--	--	--	--	--	--

Secção B: O seu supervisor/diretor

Indique, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu supervisor/coordenador/diretor ou pessoa a quem reporta diretamente. Utilize para isso a escala indicada anteriormente.

O seu supervisor/diretor...	1	2	3	4	5	6
1. ...tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos						
2. ...leva seriamente em consideração, as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente						
3. Sempre que existe pressão, o meu supervisor/d... quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso nos leve a seguir alguns atalhos						
4. O meu supervisor/diretor revê os problemas que acontecem relacionados com a segurança do doente, repetidamente						

Secção C: comunicações

Com que frequência acontece este tipo de situações no seu serviço/unidade de trabalho?

Pense no seu serviço/unidade de trabalho....

	1	2	3	4	5	6
1. É-nos fornecido feedback acerca das mudanças a efetuar, baseadas nos relatórios de ocorrências						
2. Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente						
3. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço/unidade						
4. Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos que têm maior autoridade						
5. Neste serviço/unidade discutimos modos de prevenção de repetição de erros						
6. Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo						

Secção D: frequência dos relatórios de ocorrência

no seu serviço/unidade de trabalho, quando os erros que se seguem acontecem, quantas vezes são reportados?

	1	2	3	4	5	6
1. Quando um erro é cometido, <u>mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente</u> , com que frequência é reportado?						
2. Quando um erro é cometido, <u>mas não tem perigo potencial para o doente</u> , com que frequência é reportado?						
3. Quando um erro é cometido, <u>que poderia causar dano ao doente, mas isso não acontece</u> , com que frequência é reportado?						

Secção E: Grau de segurança do doente

Por favor, atribua ao seu serviço/unidade de trabalho, neste hospital, um grau sobre a segurança do doente (as-
sinala apenas uma resposta)

- Excelente ____ / muito bom ____ / aceitável ____ / fraco ____ / muito fraco ____

Secção F: O seu Hospital

Indique, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu hospital.

1. A direção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente						
2. Os serviços/unidades do hospital não se coordenam muito bem umas com as outras						
3. A situação fica caótica quando se transferem doentes de um serviço/unidade para outro						
4. Existe boa colaboração entre os serviços/unidades do Hospital que necessitam de trabalhar conjuntamente						
5. É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno						
6. É frequentemente desagradável trabalhar com profissionais de outros serviços/unidades do hospital						
7. Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação pelos vários serviços/unidades do hospital						
8. As ações da direção do hospital mostram que a segurança do doente é uma prioridade						
9. A direção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente, quando acontece alguma adversidade						
10. Os serviços/unidades do hospital funcionam bem em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente						
11. As mudanças de turno neste hospital são problemáticas para o doente						

Secção G: Número de ocorrências notificadas

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios preencheu e entregou? (escolha só uma das respostas)

	a. Nenhum
	b. 1 a 2 relatórios de ocorrência
	c. 3 a 5 relatórios de ocorrência
	d. 6 a 10 relatórios de ocorrência
	e. 11 a 20 relatórios de ocorrência
	f. 21 ou mais relatórios de ocorrência

Secção H

1. Já alguma vez tinha respondido a este questionário? **Sim** **Não**

2. Em que serviço trabalha? _____
3. Experiência no serviço/unidade
 - «6 meses
 - 6-11 meses
 - 1-2 anos
 - 3-7 anos
 - 8-12 anos
 - 13-20 anos
 - 21 ou mais anos

4. **Experiência na Organização**
 - « 6 meses
 - 6-11 meses
 - 1-2 anos
 - 3-7 anos
 - 8-12 anos
 - 13-20 anos
 - 21 ou mais anos

5. **Idade**
 - «30 anos
 - 30 a 34 anos
 - 35 a 39 anos
 - 40 a 44 anos
 - »45 anos

6. **Sexo** --- Feminino --- Masculino

7. **O hospital/unidade onde trabalha é creditado?** ___Sim ___Não ___ Não sei

8. **No âmbito das tarefas e funções inerentes à sua profissão, usualmente interage ou tem contato direto com doentes?**
 - Sim, usualmente interajo ou contato diretamente com doentes
 - Não, usualmente não interajo ou contato diretamente com doentes

9. **O serviço onde trabalha é certificado?** ___Sim ___Não ___ Não sei

10. Nos últimos 2 anos fez alguma formação sobre segurança dos doentes?

Sim Não

Se sim, oferecida pelo hospital?


Sim Não

Com que duração (aproximadamente) _____(horas)

Por favor, deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do hospital.

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Anexo II – Autorização do Conselho de Administração da ULSNE



IdeN.º29/2021

Parecer da Comissão de Ética

Identificação do estudo: Reun CA 29.07.21.1
Outlay

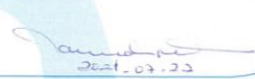
Indicadores Sensíveis de Segurança e Gestão de Risco dos Cuidados de Saúde. Perspetiva dos profissionais de Enfermagem Dr. Carlos Alberto Vaz
Presidente do
Comité de Administração

Parecer da Comissão de Ética:

Em Reunião de 21-07-2021, a CE, deliberou dar **parecer favorável** ao presente estudo, por estarem reunidos os requisitos formais e legais exigidos.

Fundamentos do Parecer:

O trabalho tem interesse científico para a comunidade científica e para a ULSNE em particular.


2021.07.23

Despacho do P.C.A.:

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Anexo III – Autorização para utilização do Questionário



Margarida Eiras

Para: isabel berça >

09:28

Bom dia

Muito obrigada pelo seu contacto.

É com gosto que autorizo mais uma utilização do questionário HSPSC. Poderá encontrar informação no artigo publicado por nós

The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2004 Vol. 27 No. 2, pp. 111-122.

DOI: 10.1108/IJHCQA-07-2012-0072

Com os melhores cumprimentos,
Margarida Eiras, PhD
Diretora do Mestrado GATS
margarida.eiras@estesl.ipl.pt

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem

Berça, I. 2021. Indicadores sensíveis de segurança e gestão de risco aos cuidados de saúde - perspetiva dos profissionais de enfermagem