



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Práticas de Notificação, Análise e Prevenção de
Incidentes: Avaliação do Plano Nacional de Segurança
do Doente.**

José Luís Teixeira da Costa



**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
Gestão em Enfermagem
Dissertação**

**Práticas de Notificação, Análise e Prevenção de
Incidentes: Avaliação do Plano Nacional de Segurança
do Doente.**

José Luís Teixeira da Costa

Orientador: Professora Doutora Teresa Maria Ferreira dos Santos
Potra

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Aos professores do Curso de Mestrado na Área de Especialização Gestão em Enfermagem que contribuíram para a realização e conclusão desta dissertação, em especial à Professora Doutora Teresa Maria Ferreira dos Santos Potra, pela disponibilidade, compreensão e ajuda neste trajeto.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e à Direção-Geral de Saúde por me permitirem ingressar neste projeto.

Ao meu pai, à minha mãe, ao meu irmão e alguns familiares por todo o apoio, o incentivo e a motivação que me deram e pela disponibilidade demonstrada.

A todos os amigos que acompanharam esta demanda, em especial à Isa, ao Rui e à companheira de percurso, à Judite. Sem vós, os vossos conselhos e o vosso apoio, nada teria sido possível.

Por fim, à Eliana, por estares lá, pelas horas infinitas de incentivo, de apoio, de ajuda nesta nossa caminhada.

A todos vós, OBRIGADA!

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
APE	Ambiente de Prática de Enfermagem
ARS	Administração Regional de Saúde
DGS	Direção-Geral de Saúde
ESEL	Escola Superior Enfermagem de Lisboa
IOM	<i>Institute Of Medicine</i>
LVT	Lisboa e vale do Tejo
OE	Objetivo Estratégico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSD	Plano Nacional para a Segurança do Doente
PQCE	Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
ULS	Unidade Local de Saúde

RESUMO

Enquadramento: A segurança do doente é um pilar fundamental para se obter cuidados de saúde com qualidade. Os sistemas de notificação de incidentes são uma estratégia recomendada e utilizada pelas organizações de saúde, para melhorar a segurança do doente. Permite às organizações identificar e analisar os incidentes ocorridos, na perspetiva de aprenderem com eles, de modo a prevenir ou a amenizar o seu impacto no futuro. Em Portugal foi criado pela primeira vez um Plano Nacional de Segurança do Doente (2015-2020), que compreende nove objetivos estratégicos em diferentes áreas de ação. O objetivo estratégico nº8 incide sobre a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, com uma meta definida de crescimento em 20%/ano, o número de notificações na plataforma Notific@.

Objetivos: Analisar o cumprimento do Objetivo Estratégico nº8 do Plano Nacional da Segurança do Doente 2015-2020.

Métodos: O estudo realizado é do tipo observacional, descritivo, longitudinal e retrospectivo, com uma abordagem quantitativa. Os dados foram recolhidos da plataforma Notific@ e do Formulário de Prioridades, e disponibilizados pela Direção-Geral de Saúde.

Resultados: Verificou-se um aumento das notificações superior a 20% ao ano, em dois dos cinco anos analisados. Os profissionais são quem mais notificam ($\cong 95\%$). Em 2015, 51,2% das entidades preferia outro sistema comparativamente ao Notific@ e em 2019 aumenta para 59,5%. As entidades hospitalares optam, nos cinco anos, por outro sistema de notificação ($>79\%$). A adesão às auditorias das metodologias de análise de incidentes, apresentam percentagens inferiores a 20%. As ARS apresentaram resultados idênticos ($<20\%$), exceto LVT em 2019 (23,1%). Os ACES apresentam piores índices de adesão às auditorias que o meio hospitalar (ULS, Hospitais e Centros Hospitalares).

Conclusão: O Objetivo Estratégico nº8 foi parcialmente atingido, pois só entre os anos 2017/2018 e 2018/2019 é que a meta definida foi atingida. O Notific@ tem perdido preponderância como sistema de notificação utilizado pelas entidades. As entidades apresentam globalmente baixos índices de adesão às auditorias relativas às metodologias de análises dos incidentes.

Palavras-chave: Notificação; Segurança do Doente; Gestão do Risco.

ABSTRACT

Background: Patient safety is a fundamental pillar for obtaining quality health care. Incident reporting systems are a strategy recommended and used by health organizations to improve patient safety. It allows organizations to identify and analyse incidents that have occurred, with a view to learning from them, to prevent or mitigate their impact in the future. In Portugal, a National Patient Safety Plan (2015-2020) was created for the first time, comprising nine strategic objectives in different areas of action. Strategic objective no. 8 focuses on the systematic practice of incident reporting, analysis and prevention, with a defined growth target of 20%/year, the number of notifications on the Notific@.

Objectives: Analyse compliance with Strategic Objective 8 of the National Plan for Patient Safety 2015-2020.

Methods: The study was of the observational, descriptive, longitudinal and retrospective type with a quantitative approach. The data were collected from the Notific@ and the Priorities Form and made available by the Direção-Geral de Saúde.

Results: Notifications increased by more than 20% per year in two of the five years analysed. The professionals are the ones who most ($\cong 95\%$). In 2015, 51.2% of entities preferred another system compared to Notific@ and in 2019 it increased to 59.5%. Hospital entities opt for another notification system ($>79\%$) in the five years. The adherence to audits of incident analysis methodologies has a percentage inferior to 20%. The ARS presented identical results ($<20\%$), except LVT in 2019 (23.1%). The ACES have worse rates of adherence to audits than the hospital environment (ULS, Hospitals and Hospital Centers).

Conclusion: Strategic Objective 8 was partially achieved, because only between the years 2017/2018 and 2018/2019 was the goal set. The Notific@ has lost preponderance as a notification system used by entities. Entities have overall low rates of compliance with audits on incident analysis methodologies.

Keywords: Notification; Patient Safety; Risk Management.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1. QUALIDADE DOS CUIDADOS	7
2. SEGURANÇA DO DOENTE.....	11
3. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE.....	15
4. GESTÃO E AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM	21
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	29
1. METODOLOGIA.....	31
1.1. Questão de investigação e objetivos	31
1.2. Tipo de estudo.....	31
1.3. População e amostra.....	32
1.4. Instrumento de colheita de dados.....	34
1.5. Procedimento de recolha de dados	35
1.6. Tratamento e análise de dados	35
1.7. Considerações éticas	35
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	37
2.1. Caracterização da amostra	37
2.2. Avaliação do OE8: “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes?	39
2.2.1. Meta do OE8.....	39
2.2.2. Formulário de Prioridade II do PNSD, relativo ao OE8: questão 27 “A instituição notifica incidentes noutra sistema que não o NOTIFIC@?”	40
2.2.3. Formulário de Prioridades II do PNSD, relativo ao OE8: questão 29 “Foram realizadas auditorias internas à metodologia de análise de incidentes?”.....	43
3. DISCUSSÃO	49
CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	
Apêndice I – Formulário de solicitação de colaboração com DQS	
Apêndice II – Declaração de sigilo e confidencialidade	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Fases do planeamento	26
Tabela 2: Número de entidades respondentes por ARS, por ano (2015-2019).	37
Tabela 3: Número de entidades respondentes, por tipo de entidade, por ano.	38
Tabela 4: Número de entidades respondentes, por categoria de entidade, por ano. .	38
Tabela 5: Total de entidades a não utilizarem/utilizarem o Notific@, por ARS, por ano.	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Representação esquemática do modelo conceptual de Donabedian (1966)	7
Figura 2: Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde (Mitchell et al., 1988)	8
Figura 3: Representação esquemática do Modelo de organização dos cuidados de enfermagem de Dubois et al.	22
Figura 4: Evolução da carreira de enfermagem no setor público em Portugal	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Total de notificação registadas no sistema Notific@.	39
Gráfico 2: Total de notificações, por grupo, por ano.....	40
Gráfico 3: Total de entidades a não utilizarem /utilizarem o sistema Notific@, por ano.	40
Gráfico 4: Total de entidades a não utilizarem/utilizarem o Notific@, por tipo de entidade, por ano.	42
Gráfico 5: Total de entidades a não utilizarem/utilizarem o Notific@, por categoria de entidade, por ano.	43
Gráfico 6: Total de entidades que realizam auditorias internas às metodologias de análise de incidentes, por ano.....	44
Gráfico 7: Total de entidades que realizam auditorias internas às metodologias de análise de incidentes por ARS, por ano.	45
Gráfico 8: Total de entidades que realizam auditorias internas às metodologias de análise de incidentes, por tipos de entidade, por ano.	46
Gráfico 9: Total de entidades que realizam auditorias internas às metodologias de análise de incidentes, por categorias de entidade, por ano.	47

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde têm sofrido evoluções, quer na sua execução, complexidade e âmbito de ação, quer fruto do investimento da comunidade científica, do aumento da literacia dos profissionais e do desenvolvimento tecnológico. A preocupação com a qualidade dos cuidados, inerente à prática, tem tido grande enfoque no desenvolvimento do corpo de saberes por parte da comunidade científica, resultando num importante desenvolvimento da temática, no sentido de melhorar os cuidados prestados aos doentes.

A qualidade não é um conceito onde exista um consenso sobre a sua definição, mas sabe-se que está intrinsecamente ligada à segurança dos cuidados prestados aos doentes. Como refere Michell (2008), a segurança é o alicerce no qual outros aspetos da qualidade dos cuidados são construídos.

A segurança dos cuidados tem apresentado um maior desenvolvimento desde a publicação do relatório *“To Err Is Human: Building a Safer Health System”* em 2000 pelo *Institute of Medicine*, que divulgou a temática dos erros médicos nos Estados Unidos América, as suas repercussões e os seus custos, e incitou a investigação e o desenvolvimento da problemática do erro (Leape, 2002). A Organização Mundial de Saúde desde 2004 reconhece que a segurança dos doentes deve constituir-se como um dos principais focos de atenção das organizações de saúde. Nesse sentido, criou a *World Alliance for Patient Safety*, um grupo de trabalho direcionado para estudar a segurança do doente e definir estratégias a serem implementadas de forma a otimizar a segurança (OMS, 2009a).

Com as políticas de saúde que foram surgindo e o desenvolvimento da investigação, as preocupações das instituições com a segurança foram aumentando, levando à implementação de medidas de prevenção, correção e diminuição do impacto dos incidentes, das quais destaca-se a implementação de sistemas de notificação de incidentes nas instituições de saúde (Lima, Agostinho, Mota, & Príncipe, 2018). O principal propósito da notificação é aprender continuamente com a experiência, através dos incidentes já ocorridos, através da análise destes e a implementação de medidas que permitam abolir ou diminuir o impacto/ocorrência de incidentes similares (Direção-Geral da Saúde, 2014).

A notificação de incidentes é influenciada por vários fatores. Como suportado pela revisão de *scoping* efetuada no âmbito desta dissertação, que teve como objetivo

identificar e mapear quais os fatores que influenciam a notificação de incidentes pelos enfermeiros, estes podem ser categorizados em dois grupos: os organizacionais/sociais e os pessoais. Os enfermeiros gestores têm uma ação influenciadora na cultura de notificação de incidentes, uma vez que a sua ação está intimamente ligada a um conjunto de fatores que influenciam a notificação, e como os fatores se influenciam mutuamente, o campo de abrangência/influência dos enfermeiros gestores é praticamente a todos os fatores promotores/dificultadores da notificação de incidentes.

De realçar que no *core* de funções do enfermeiro gestor (Regulamento n.º 101/2015) está incorporada a promoção de ambientes seguros, identificando e gerindo riscos, o que vai ao encontro dos objetivos da notificação e análise de incidentes.

O Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, definido pela Direção-Geral de Saúde apresenta-se como um documento que visa ser uma ferramenta norteadora para os gestores, instituições e clínicos do Serviço Nacional de Saúde, na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015). Este compreende nove objetivos estratégicos, sendo que a presente dissertação incidirá no Objetivo Estratégico nº 8 que se intitula como “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes” (Despacho n.º 1400-A/2015). O Objetivo Estratégico nº 8 tem, como os restantes, metas definidas, neste caso um crescimento de 20% ao ano do número de notificações no sistema de notificação disponibilizado pela Direção-Geral de Saúde, Notific@.

Considerando que a notificação de incidentes se revela como uma medida importante para a melhoria da segurança dos cuidados, torna-se necessário analisar qual o grau de adoção e de implementação do Objetivo Estratégico nº8 nas entidades tuteladas pela Direção-Geral de Saúde. Desta forma, emerge a questão de investigação “Qual o nível de implementação do Objetivo Estratégico nº8 do Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020: Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes?”. A presente dissertação tem como objetivo geral analisar o cumprimento do Objetivo Estratégico nº8 – Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes, no âmbito do Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020 e destacam-se ainda os seguintes objetivos específicos:

- Analisar o número de notificações reportadas no Notific@;
- Avaliar a evolução da adesão anual ao sistema “Notific@” (2015-2019) nas organizações do Serviço Nacional de Saúde;
- Avaliar o nível adesão às auditorias internas (2015-2019) referentes à metodologia de análise de incidentes notificados;

A dissertação está estruturada em duas partes. Uma primeira parte focada no enquadramento teórico, onde se apresenta e contextualiza a temática abordada, através da definição dos conceitos (qualidade dos cuidados; segurança do doente; notificação de incidentes), as perspetivas teóricas e a pertinência do tema para o campo de ação do enfermeiro gestor. Na segunda parte, é delineado o planeamento do trabalho empírico, nomeadamente a metodologia de investigação e a apresentação dos resultados, seguindo-se da discussão dos resultados, conclusão, referências bibliográficas e dos anexos.

De realçar que a presente dissertação se encontra ao abrigo de um protocolo entre a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e a Direção-Geral de Saúde e tem como propósito a análise do Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020 nos seus diferentes objetivos estratégicos.

A dissertação foi elaborada em conformidade com as normas da *American Psychological Association 6th edition*, o novo acordo ortográfico e de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. QUALIDADE DOS CUIDADOS

O conceito de qualidade está inerente aos cuidados de saúde, e no âmbito da enfermagem, este está presente desde o nascimento da disciplina com Florence Nightingale, em 1850. O seu livro *“Notes on Nursing - What it is, and what it is not”*, descreve a preocupação de Florence Nightingale na avaliação dos cuidados, efetuando registos e retirando ilações através da análise dos seus registos, com o intuito de melhorar a prática de cuidados.

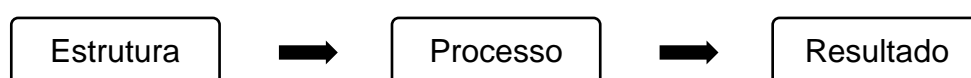
Este é um conceito que tem sofrido mutações ao longo dos tempos, sendo que atualmente existe alguma dificuldade em definir o conceito de forma consensual.

Em 1990, o *Institute of Medicine* (IOM) definiu qualidade como a medida em que os serviços de saúde aumentam os resultados de saúde desejáveis e são consistentes com os conhecimentos atuais (Lohr & Harris-Wehling, 1991).

Mais recentemente, na visão para o século XXI do IOM sobre a qualidade, esta é entendida como um cuidado que é seguro, eficaz, centrado na pessoa, em tempo oportuno, integrado e justo (OMS, 2018; Mitchell, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) partilha de uma visão idêntica ao afirmar que Cuidados de saúde de qualidade podem ser definidos de várias formas, mas devem ser: eficazes, seguros e centrados nos doentes, para além de terem que ser oportunos, equitativos, integrados e eficientes (OMS, 2020a).

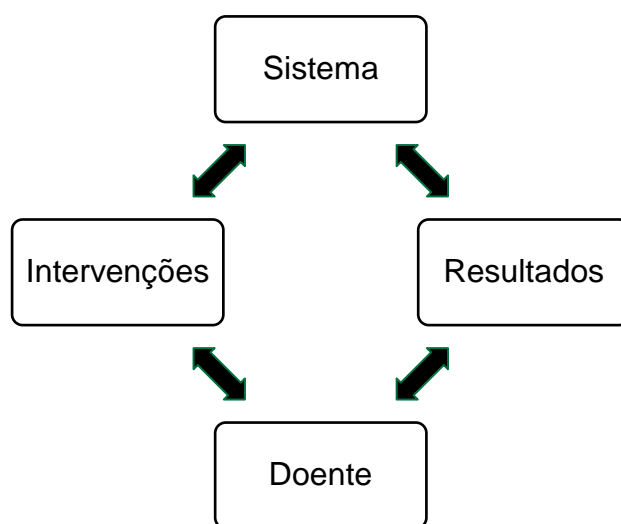
Donabedian, que vinha trabalhando as questões da qualidade, em 1966 publica o seu modelo de avaliação da qualidade dos cuidados. Um modelo com três etapas consecutivas, a estrutura, o processo e os resultados (Donabedian, 1988). Os indicadores de estrutura consistiam nas condições em que os cuidados eram prestados, como os equipamentos, as instalações, a qualificação dos profissionais, entre outros. Os de processo remetiam para as atividades intrínsecas aos cuidados como os diagnósticos e tratamentos, e os de resultados, como o próprio nome indica, nos produtos resultantes dos cuidados. Era um modelo linear, consecutivo, em que os resultados eram o produto da interação do processo com a estrutura (Figura 1).

Figura 1: Representação esquemática do modelo conceptual de Donabedian (1966)



Mitchell, Ferketich, & Jennings, tendo por base os trabalhos de Donabedian, publicam em 1988 um modelo com o objetivo de enquadrar conceptualmente a qualidade dos cuidados, o “Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde”. Estes referem que o processo não é linear, mas sim dinâmico, em que todos os domínios têm influência uns sobre os outros, ou seja, cada domínio influencia e é influenciado pelos restantes (Figura 2).

Figura 2: Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde (Mitchell et al., 1988)



Mitchell e os seus colaboradores (1988) identificam indicadores que permitem caracterizar a qualidade dos cuidados: as características do sistema (estrutura), as intervenções (processo), os resultados e as características dos doentes. Este último indicador é um ponto dissonante com o modelo de Donabedian, mas para Mitchell et al. (1998) é necessário adaptar as intervenções e ajustar os resultados esperados às expectativas, preferências e especificidades de cada um dos doentes. Portanto, inclui no seu modelo um cuidado centrado no cliente, atendendo à individualidade de cada cliente. Este modelo permite conceptualizar a qualidade dos cuidados de saúde, assim como permite que estes sejam avaliados e monitorizados, enquadrados na lógica de uma perspetiva teórica.

No contexto português, a qualidade dos cuidados é entendida 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 cidadão” (Despacho n.º 5613/2015, p. 13551). Esta impõe uma “melhoria da eficiência e da

efetividade da prestação de cuidados de saúde (...) pilares da qualidade em saúde” que está “intimamente ligada à segurança dos cuidados” (Despacho n.º 5613/2015, p. 13551).

Atualmente, encontra-se em vigor a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015), que tem como objetivo lançar como desafio, às organizações de saúde, práticas de melhoria contínua da qualidade e da segurança, ações de promoção de saúde, de prevenção de doenças e a gestão de cuidados curativos, de reabilitação e de palição. Fruto da análise efetuada aos resultados obtidos da primeira ENQS, decorrida entre os anos de 2009 e 2014, surge a atual ENQS 2015/2020, com cinco prioridades:

- Prioridade I: Melhoria da qualidade clínica e organizacional,
- Prioridade II: Reforço da segurança dos doentes;
- Prioridade III: Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- Prioridade IV: Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- Prioridade V; Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

Um dos destaques da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde é uma “política pública de luta contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde (...) que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde” (Despacho n.º 5613/2015, p.13551)

No que se refere à disciplina de enfermagem, a qualidade também tem sido uma preocupação para o organismo tutelador da profissão, a Ordem dos Enfermeiros, que em 2001 publicou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), documento este que ainda se encontra em vigor nos dias atuais. Os PQCE, apresentados como enunciados descritivos “visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.13), enumerados em seis categorias:

- Satisfação do cliente;
- Promoção da saúde;
- Prevenção das complicações;
- Bem-estar e ao autocuidado dos doentes;
- Readaptação funcional;
- Organização dos serviços de enfermagem.

Deve-se ter em atenção que avaliação da qualidade dos cuidados engloba várias variantes, sendo que a segurança é um deles. Não pode haver qualidade nos cuidados se estes não forem seguros, isentos de erros e complicações (Fragata, 2010).

2. SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente é um conceito que emergiu da qualidade dos cuidados de saúde. Esta começou a requerer uma maior atenção por parte das organizações de saúde e da comunidade científica após a publicação do relatório “*To Err Is Human: Building a Safer Health System*” pelo IOM em 2000 (Leape, 2002).

Internacionalmente várias organizações têm abordado a temática da segurança dos doentes como a OMS, IOM, *The Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), *The Joint Commission* e o *Institute for Healthcare Improvement*. Despertando para a extensão do problema da segurança do doente, a OMS criou em 2004 a *World Alliance for Patient Safety*, um grupo de trabalho com o intuito de avaliar, analisar e definir estratégias no que se refere à qualidade e segurança dos doentes, como por exemplo a lavagem das mãos e a cirurgia segura (OMS, 2009a).

Segundo o IOM, nos Estados Unidos ocorrem anualmente mais de um milhão de incidentes que poderiam ser prevenidos (Leape, 2002). Na União Europeia estima-se que 8% a 10% dos doentes internados sofram de incidentes, não relacionados com a sua patologia, mas resultante dos cuidados prestados (DGS, 2015b). Porto, Martins, Mendes, & Travassos, (2010) averiguaram que na Europa, um em cada dez doentes sofre um incidente durante a prestação dos cuidados, e destes, 50% a 60% seriam passíveis de serem evitados. Estes incidentes traduzem-se em danos para os doentes e familiares, assim como um acréscimo financeiro para os sistemas de saúde.

Em Portugal, num estudo piloto realizado em 2010, verificou-se que cerca de 58,2% dos doentes que sofreram um evento adverso acarretou um prolongamento do tempo de internamento em média de 10,7 dias, para além do incremento dos custos associados e dificuldades logísticas de gestão de camas hospitalares (Sousa, Uva, Serranheira, Nunes, & Leite, 2014).

Apesar da segurança do doente ser uma temática relativamente recente, as ações já implementadas demonstram eficácia na prevenção de incidentes. Num relatório publicado pela AHRQ em 2016, mostra uma redução constante no número de incidentes ocorridos nos Estados Unidos da América (EUA) desde 2004 (AHRQ, 2017). Um estudo realizado mundialmente nos anos de 2007 e 2008, em mais de 3000 doentes, relativamente à implementação de uma *checklist* cirúrgica, revelou que as taxas de complicações reduziram de 11% para 7% após a introdução da *checklist* e

verificou-se ainda uma redução da taxa de mortalidade de 1,5% para 0,8% dos doentes (Haynes et al., 2009).

Para uma melhor compreensão da temática é necessário compreender o conceito. Para a AHRQ, a segurança do doente define-se como a ausência de lesões acidentais ou evitáveis produzidas pelos cuidados médicos (AHRQ, 2019). Para a OMS (2009b), a segurança dos doentes pode ser entendida como a ausência de danos evitáveis ou a redução dos danos desnecessários a um mínimo aceitável, durante o processo de cuidados de saúde.

Fundamentalmente a segurança do doente refere-se à ausência de lesões acidentais ou evitáveis produzidas por cuidados médicos. Assim, práticas ou intervenções que melhorem a segurança do doente são aquelas que reduzem a ocorrência de eventos adversos evitáveis.

O IOM realça a necessidade de um sistema de prestação de cuidados que previne os erros, aprende com os erros e é constituído com base numa cultura de segurança transversal aos profissionais de saúde, organizações e doentes (Mitchell, 2008). A OMS (2002) afirma que a complexa relação entre as tecnologias, as interações humanas e os processos trazem benefícios para as organizações, mas que também acarretam um aumento do risco de ocorrerem eventos adversos.

Com o intuito de dar resposta às pretensões de melhoria da segurança nos cuidados de saúde a nível nacional, surge pela primeira vez o Plano Nacional da Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020, que provém como uma das pretensões da ENQS (2015-2020). Como refere Mitchell (2008), a segurança é a fundação na qual todos os aspetos da qualidade são construídos.

Este plano, PNSD 2015-2020, teve por objetivo “apoiar os gestores e os clínicos do SNS na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015 p. 3882-(2)). Foi estruturado em nove objetivos estratégicos (OE), nomeadamente:

- OE1: Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
- OE2: Aumentar a segurança da comunicação;
- OE3: Aumentar a segurança cirúrgica;
- OE4: Aumentar a segurança na utilização da medicação;
- OE5: Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
- OE6: Prevenir a ocorrência de quedas;

- OE7: Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
- OE8: Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
- OE9: Prevenir e controlar as infecções e as resistências aos antimicrobianos.

Cada objetivo estratégico tem definido metas próprias a serem atingidas no final da implementação do PNSD.

Na presente dissertação de mestrado, é analisado o OE8, referente às práticas sistemáticas de notificação, análise e prevenção de incidentes. Tem por base o sistema de notificação disponibilizado pela Direção-Geral de Saúde (DGS), Notific@, e tem definido como metas para 2020: aumentar, em 20% ao ano, o número de notificação de incidentes de segurança no notific@ (Despacho n.º 1400-A/2015). Para atingir esta meta foram definidas as seguintes ações:

- Promover a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no Notific@;
- Analisar as causas dos incidentes;
- Implementar medidas preventivas de recorrência de incidentes;
- Auditar, semestralmente, as práticas realizadas na análise de incidentes.

3. NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE

A notificação de incidentes por ser entendida como uma atividade voluntária dos profissionais de saúde e dos cidadãos, com vista ao desenvolvimento de uma análise causal e à tomada de medidas corretoras sistêmicas para evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se venham a repetir (DGS, 2014). Um incidente pode ser entendido como uma ocorrência comunicável, um quase evento, um evento sem dano e um evento com dano (evento adverso).

Uma ocorrência comunicável é uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente (DGS, 2011). Um quase-evento é um evento ou situação que não produziu danos no doente, mas apenas por mero acaso (AHRQ, 2019), ou seja, uma situação que não chegou a ser cometida ao doente.

Um evento sem dano é um tipo de incidente que atingiu o doente mas não resultou em danos para o próprio (DGS, 2011). Um evento adverso pode definir-se como um dano que foi causado, não relacionado com o seu processo patológico, que prolonga o tempo de hospitalização e produz uma deficiência no momento da alta, ou ambos (AHRQ, 2019).

Os eventos adversos são na sua maioria passíveis de serem prevenidos e a ocorrência destes têm custos elevados, quer para os doentes como para as organizações. Por exemplo, no Reino Unido, o prolongamento dos internamentos por eventos adversos têm encargos na ordem dos 2000 milhões de libras anuais, acrescendo ainda de 400 milhões de libras anuais devido a queixas e reclamações com origem em eventos adversos (OMS, 2002).

Com o intuito de minimizar o impacto dos incidentes e potenciar a segurança dos doentes, um primeiro passo é tornar visível o incidente, assim como a lesão decorrente do erro. Para isso, os sistemas de notificação de incidentes têm revelado um papel importante, pois permite a análise dos dados, a identificação das áreas que necessitam de medidas corretivas e o desenvolvimento de estratégias para a implementação destas.

O principal objetivo dos sistemas de notificação é aprender com a experiência, através da análise e da disseminação da informação (Leape, 2002). É imperativo que os incidentes sejam identificados, avaliados, analisados e controlados com base nas políticas de gestão do risco (Lima et al., 2018).

As organizações de saúde têm adotado vários sistemas de notificação. Em Portugal, o sistema Notific@ é a resposta da DGS para a necessidade de um sistema de notificação de incidentes. Este caracteriza-se por ser uma plataforma anónima, confidencial e de cariz não punitivo, que permite a gestão de incidentes e eventos adversos. Assim, a agregação da informação neste âmbito a nível nacional permite o desenvolvimento de estratégias que possibilitem evitar o erro no futuro (DGS, 2014). Apesar da medida já estar amplamente implementada no território nacional, é conhecido que estes incidentes se encontram subnotificados.

Em Portugal, num estudo realizado entre o Departamento de Qualidade da DGS e a Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, que pretendia avaliar a cultura de segurança dos hospitais, revelou que apenas um terço dos incidentes são notificados (DGS, 2015). Segundo o mesmo estudo, comparando ao ano de 2011, ano em que foi realizado estudo similar, a relação incidente/notificação era de 44%, representando um decréscimo das notificações efetuadas.

Com o objetivo de identificar os fatores que influenciam a notificação de incidentes, foi realizada uma revisão de *scoping* da literatura, norteada pela questão de investigação: Quais os fatores que influenciam a notificação de eventos adversos pelos enfermeiros?

Esta revisão foi efetuada nas bases de dados *CINAHL*, *MEDLINE*, *Scopus*, *LILACS*, *Academic Search Complete*, *Business Source Complete* e *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, tendo-se obtido 165 artigos, que após o processo de examinação nas várias etapas resultaram em catorze artigos incluídos para a revisão. Dos artigos analisados, dez são de natureza quantitativa e quatro de natureza qualitativa, publicados entre os anos de 2004 e 2018. Como resultados da revisão efetuada foi possível identificar sete fatores que se agruparam em dois grupos distintos: os organizacionais/sociais e os pessoais. Os fatores organizacionais/sociais são:

- Cultura de segurança;
 - Tipo de unidade; ambiente da prática (cultura de segurança, de notificação e ambiente não punitivo);
- Sistema de notificação;
 - Processo de notificação; objetivos e definições; sobrecarga de trabalho; anonimato;
- Comportamentos dos gestores.

- Foco no individual e não no sistema; culpabilização e reação exagerada; falta de *feedback*; falta de apoio, suporte e dimensão; estilo de liderança;
- Sentimento de pertença e confiança organizacional;

Os fatores pessoais são:

- Profissionalismo/Responsabilidade profissional;
 - Responsabilidade; reconhecimento; severidade do erro (tipo, frequência);
- Medo;
 - Pessoal (p.e. vergonha, ser estigmatizado), do gestor, dos pares, dos médicos, dos doentes e famílias, de ações disciplinares;
- Características do enfermeiro;
 - Tempo de experiência; crença nos benefícios.

O *feedback* foi o fator que, de entre todos, mais vezes foi enumerado, o que poderá sugerir que é o que mais impacto tem na ação da notificação pelos enfermeiros. Quando não presente, quer seja pelos enfermeiros gestores de serviço/unidade, quer pelos gestores de risco, leva à diminuição da notificação de incidentes (AbuAIRub et al., 2015; Evans et al., 2006; Jeffe et al., 2004; Lee, 2017; Lee et al., 2018; Lima et al., 2018) . Por outro lado, quando o *feedback* é uma prática presente, conduz a um aumento do número de todos os tipos de notificações (Paiva et al., 2014; Pfeiffer, Briner, Wehner, & Manser, 2013; Wang, Li, & Huang, 2013).

Estes achados são concordantes com os estudos de Lee et al. (2018), Paiva et al., (2014) e Pfeiffer et al., (2013), que referem que o apoio e suporte à notificação e a discussão das mesmas, deve ser um dos comportamentos que os enfermeiros gestores devem incorporar para fomentar a prática de notificação de incidentes. Os gestores devem, no sentido de a fomentar, também reforçar positivamente a prática de notificação (Lee, 2017).

Os enfermeiros gestores são também influenciadores da prática de notificação sistemática de incidentes, através dos seus comportamentos, de não apresentarem reações exageradas/culpabilização face ao incidente e devem aproveitar os incidentes para focar nas fragilidades do sistema e não no profissional (Blegen et al., 2004). Devem também ter um estilo de liderança mutável, que transpareça que a segurança

é uma prioridade (Blegen et al., 2004; Hwang, Lee, & Park, 2012), uma vez que ter um estilo de liderança puramente transformacional ou transacional não demonstraram essa efetividade (Pfeiffer et al., 2013).

Estes comportamentos terão impacto no sentimento de pertença e na confiança organizacional percebida pelos profissionais, fatores que também influenciam, indiretamente, a notificação de incidentes (Paiva et al., 2014; Pfeiffer et al., 2013).

A cultura de segurança/notificação são fatores promotores elencados por Silvestre de Lima et al., (2018), Throckmorton & Etchegaray (2007), Tricarico et al. (2017), assim como um ambiente não punitivo tem relação direta com o processo de notificação (Lee, 2017; Paiva et al., 2014; Wang et al., 2014).

Neste sentido, o medo face à punição é um dos maiores entraves à notificação, sendo que esta pode ter origem no próprio indivíduo (i.e., vergonha, perder a honra, a dignidade, o *status* ou ser estigmatizado) (AbuAlRub et al., 2015; Blegen et al., 2004; Hwang et al., 2012; Lee, 2017; W. Lee et al., 2018), no gestor (Lee, 2017), nos pares (Blegen et al., 2004; Lee, 2017), nos médicos (Lee, 2017), nos doentes e/ou famílias (Blegen et al., 2004) e nas ações disciplinares (AbuAlRub et al., 2015; Blegen et al., 2004).

Fatores pessoais como a responsabilidade e o compromisso profissional (Lee et al., 2018; Tricarico et al., 2017; Wang et al., 2014) também têm impacto na notificação de incidentes. A tipologia de unidade onde se exerce funções (i.e., cuidados intensivos, internamento, serviço urgência) (Blegen et al., 2004), o tipo de incidente e a frequência com que estes ocorrem (Paiva et al., 2014; Tricarico et al., 2017). Lima et al. (2018) num estudo quantitativo, com 225 participantes, com o objetivo de identificar as limitações sentidas pelos profissionais relativamente à notificação, refere que incidentes mais usuais como as quedas têm uma maior probabilidade de serem notificados, comparativamente a incidentes com menor taxa de incidência, como erros cirúrgicos.

Os próprios sistemas de notificação têm também influência no reporte de incidentes, nomeadamente o processo de notificação, que inclui o preenchimento do formulário e as vias de comunicação (Lee et al., 2018; Hwang et al., 2012; Throckmorton & Etchegaray, 2007; Evans et al., 2006). Por exemplo, processos de notificação complexos e/ou morosos não são promotores da notificação de incidentes. As definições dos tipos de incidentes devem ser claras para os profissionais (Lee et al., 2018; Hwang et al., 2012; Throckmorton & Etchegaray, 2007) e o sistema deve

manter o anonimato do notificador, de forma a não persuadir a omissão do incidente (Hwang et al., 2012; Jeffe et al., 2004; Lee et al., 2018; Pfeiffer et al., 2013; Throckmorton & Etchegaray, 2007).

É fundamental proporcionar treino aos profissionais e utilizadores do sistema de notificação de forma a estes ficarem familiarizados com o seu funcionamento e a nomenclatura usada (Hwang et al., 2012; Lee et al., 2018).

Hwang et al. (2012) e Wang et al. (2013) referem que a melhoria dos sistemas de notificação por processos mais simples e a multiplicação das vias de comunicação (aplicação informática, papel, telefone, etc.) tem contributos positivos para o aumento das notificações. Segundo os mesmos autores, muitas vezes, durante o exercício profissional, a notificação é protelada e muito frequentemente esquecida.

AbuAlRub et al. (2015), num estudo quantitativo com 451 participantes, com o objetivo de explorar a consciência sobre o sistema de notificação de incidentes, práticas de relato de incidentes e barreiras à comunicação de incidentes, evidenciam que 32,4% dos participantes referem falta de tempo/sobrecarga de trabalho como razão para não notificarem. Esta ideia é corroborada pelos achados de Evans et al. (2006), Jeffe et al. (2004), Lee et al. (2018) e Lima et al. (2018) que referem que a sobrecarga de trabalho pode manifestar-se como uma barreira à notificação de incidentes.

Outro fator influenciador do binómio incidente-notificação é o tempo de experiência profissional. Maior experiência profissional corresponde a uma maior predisposição para a notificar incidentes, independente da sua natureza (Lima et al., 2018).

Por fim, a análise das notificações deve conduzir a mudanças estruturais e/ou comportamentais palpáveis, de forma a que os profissionais consigam constatar que estas têm implicações práticas e se consciencializem que estas acarretam benefícios (AbuAlRub et al., 2015; Evans et al., 2006; Jeffe et al., 2004; Lee et al., 2018). As crenças têm um grande fator de impacto no comportamento dos profissionais face à notificação sistemática de incidentes.

Deve-se ter em conta que a multiplicidade de fatores com capacidade de impulsionar ou, ao invés, repelir as práticas de notificação dos profissionais, estão frequentemente interligados. Só abordando e trabalhando todos, ou uma grande maioria, se vai conseguir incutir nos profissionais os benefícios e as mais valias que as notificações de incidentes têm na melhoria da segurança dos doentes. Neste ponto,

os enfermeiros gestores podem exercer um papel decisivo, pois para além de um conjunto de fatores estarem intimamente ligados com a sua prática, devem ter um papel ativo junto dos seus colaboradores e das suas instituições, a fim de promoverem a notificação de incidentes.

4. GESTÃO E AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Atualmente as organizações prendem-se com fortes constrangimentos económicos, o que requer dos enfermeiros e principalmente dos enfermeiros gestores, a superação de múltiplos desafios quer a nível da gestão das organizações, quer dos cuidados.

No que se refere à qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança dos doentes, é exigido aos enfermeiros gestores a compreensão da gestão do risco como um elemento essencial para a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Devem por isso, incorporar a cultura, a estrutura e o processo de prevenção, identificação e gestão de incidentes (Islam, Hutchinson, & Bucknall, 2018).

Como já referido, o enfermeiro gestor é responsável pela garantia da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, da promoção de ambientes seguros, da identificação, gestão e introdução de medidas que colmatam os riscos, assim como é colaborador na planificação dos planos de ação da gestão do risco e promotor da cultura de segurança (Regulamento n.º 101/2015, 2015b).

É, portanto, obrigação legal dos enfermeiros gestores assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem. Estes devem ser instigadores e supervisores de cuidados de qualidade, promotores de projetos de melhoria contínua da qualidade e impulsionadores quanto aos tramites da segurança dos doentes, com vista ao aprimoramento do Ambiente de Prática de Enfermagem (APE).

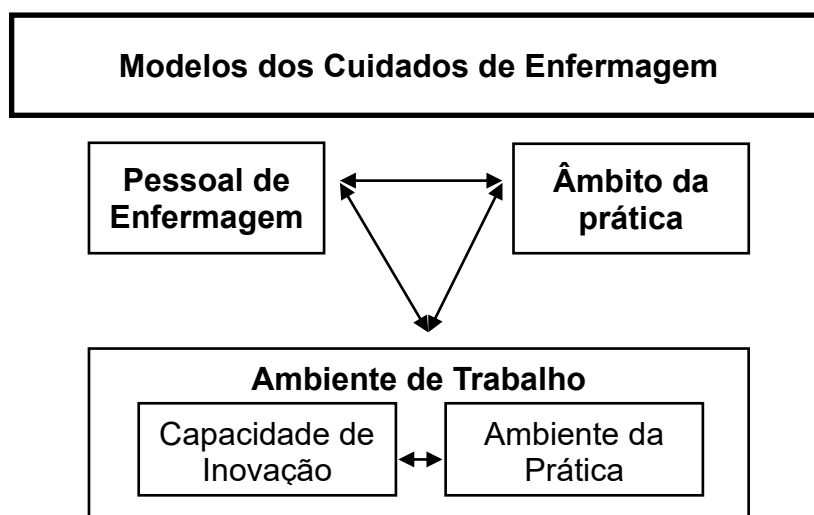
Os APE interferem com a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, com o bem-estar dos profissionais de saúde, com a eficácia, a qualidade e produtividade dos serviços, das organizações e dos sistemas de saúde (Lucas & Nunes, 2020).

Segundo Lake, (2002) o APE é compreendido como as características organizacionais que facilitam ou dificultam a prática dos enfermeiros, no seu contexto laboral. O APE pode ser classificado em favorável, desfavorável ou misto (Lake & Friese, 2006), sendo que deve ser meta dos enfermeiros gestores um APE favorável, ou seja, um APE que leve à melhoria dos resultados dos doentes, através da adequação de recursos humanos e materiais, da participação ativa dos enfermeiros na gestão das instituições, da qualidade do atendimento e de prestação dos cuidados de enfermagem e através do bom trabalho interdisciplinar (Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus, & Araújo, 2020; Lucas & Nunes, 2020)

Jesus, Roque, & Amaral, em 2015, já tinham afirmado que os APE favoráveis produzem resultados significativos ao nível da “qualidade e segurança dos cuidados aos utentes, da saúde e bem-estar laborais dos profissionais e da qualidade, produtividade e efetividade dos serviços, organizações e sistemas de saúde” (p.1).

A *taxonomy of nursing care organization models* de Dubois, D'Amour, Tchouaket, Rivard, Clarke & Blais (2012) permite avaliar as características dos contextos de prática de cuidados, assim como os fatores influenciadores dos resultados dos cuidados nos doentes. É um modelo dinâmico de três campos de atuação, intimamente ligados e dependentes entre si (Figura 3).

Figura 3: Representação esquemática do Modelo de organização dos cuidados de enfermagem de Dubois et al.



Este é compreendido pela relação entre três dimensões que interagem mutuamente: a equipa de enfermagem; o âmbito da prática de enfermagem; e o ambiente de trabalho de enfermagem. Esta última dimensão compreende o ambiente da prática e a capacidade de inovação (Dubois et al., 2012).

A equipa de enfermagem está intrinsecamente relacionada com os resultados obtidos, sendo que os rácios e as competências individuais dos profissionais são estruturantes para a efetividade e eficiência dos resultados obtidos (Dubois et al., 2012). O âmbito da prática de enfermagem está relacionado com as atividades que a equipa de enfermagem realiza, um componente que identifica as necessidades e os cuidados de cada doente, tendo em conta as suas especificidades (Dubois et al., 2012). O ambiente de trabalho de enfermagem é a confluência dos anteriores. Os

cuidados não estão dependentes exclusivamente de apenas um deles, mas sim da relação que existe entre eles. Realça a necessidade de se investir em ambientes de trabalho favoráveis, que suportem a prática de enfermagem e, ao mesmo tempo, que sejam inovadores, de forma a irem ao encontro das necessidades e expectativas dos doentes (Dubois et al., 2012).

A compreensão deste modelo, e das relações existentes entre os seus constituintes, fornece um referencial teórico que permite identificar pontos fulcrais da organização dos cuidados de enfermagem e perspetivar melhorias passíveis de serem implementadas, com o propósito de serem assegurados cuidados de enfermagem eficazes, eficientes, centrados no cliente, atempados e seguros.

Posto isto, os enfermeiros gestores devem apropriar-se de modelos como o acima exposto, de forma a nortearem a sua ação, a cumprirem o seu propósito e as suas responsabilidades enquanto elementos da equipa de prestação de cuidados de enfermagem, com funções específicas.

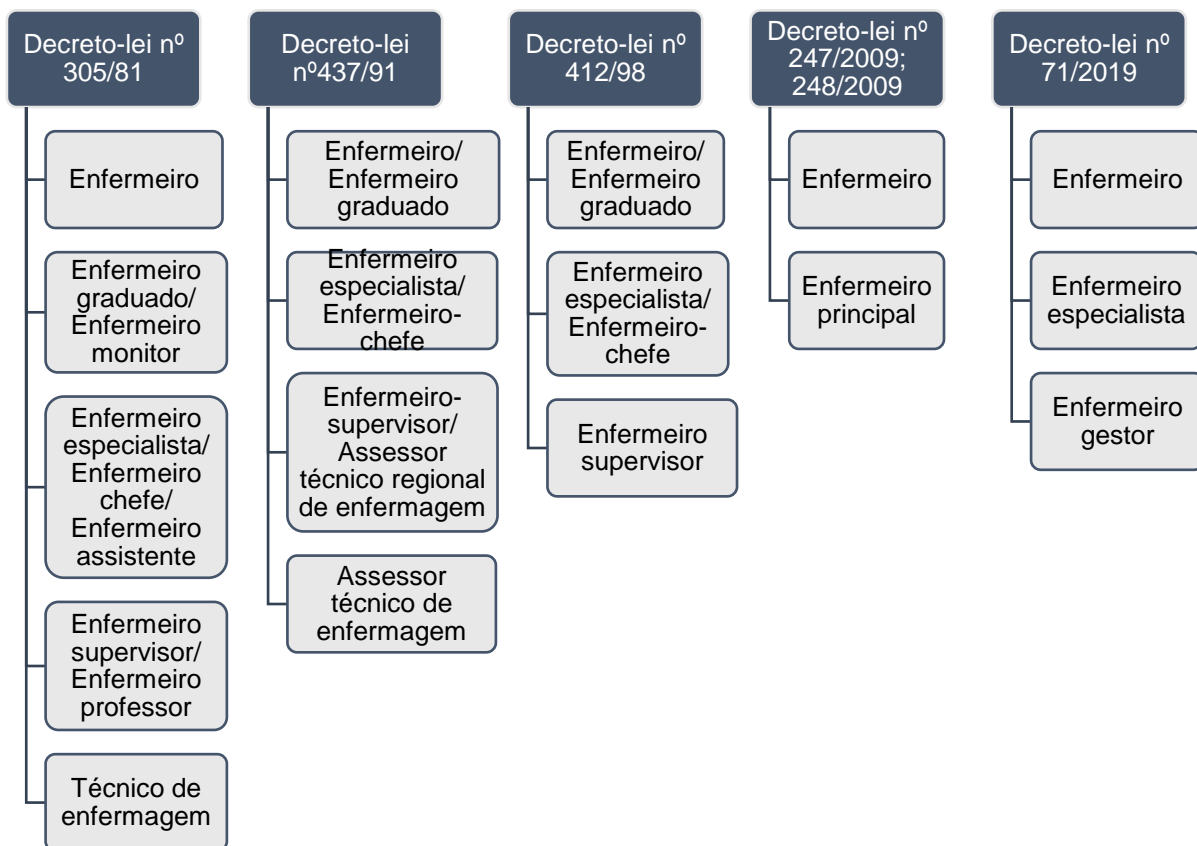
As funções de gestão começaram a ser consideradas na carreira em Portugal desde 1949, com a publicação do Decreto-Lei nº37 418/49. Com a publicação do Decreto-Lei nº 305/81 (Figura 4), a carreira definiu-se em cinco graus: enfermeiro; enfermeiro graduado/ enfermeiro monitor; enfermeiro especialista/ enfermeiro chefe/ enfermeiro assistente; enfermeiro supervisor/ enfermeiro professor e; técnico de enfermagem.

Em 1991, com o Decreto-Lei nº 437/91, a carreira de enfermagem foi revisionada e dividida em 4 níveis: enfermeiro/ enfermeiro graduado; enfermeiro especialista/ enfermeiro-chefe; enfermeiro-supervisor/ assessor técnico regional de enfermagem e; assessor técnico de enfermagem. Em 1998, através do Decreto-Lei n.º 412/98 a carreira foi novamente modificada, para três níveis de categorização: enfermeiro especialista/ enfermeiro chefe e; categoria enfermeiro supervisor. Em 2009, com a publicação dos Decreto-Lei nº 247/2009 e Decreto Lei n.º 248/2009, a carreira foi reorganizada em apenas duas categorias: enfermeiro e enfermeiro principal.

Em 2019 foi publicado a última atualização da carreira de enfermagem no setor público, com o Decreto-Lei n.º 71/2019, que define a carreira em três categorias, e onde pela primeira vez é introduzido a palavra gestor numa delas: enfermeiro, enfermeiro especialista e enfermeiro gestor. Estas diferenciam-se no reconhecimento de competências a elas atribuídas e o grau académico exigido. O enfermeiro é lhe

reconhecido competências a nível de cuidados gerais de enfermagem, sendo necessário possuir no mínimo o grau académico de licenciatura. O enfermeiro especialista é lhe reconhecido as competências a níveis de cuidados gerais, acrescentando a essas, competências próprias da sua área de especialização. Estas competências são atestadas pela ordem dos enfermeiros e é necessário ser detentor no mínimo de um curso de especialização em formação de pós-licenciatura. O enfermeiro gestor necessita academicamente do reconhecimento pela ordem dos enfermeiros de um título de especialista e é reconhecido, para além das funções inerentes às categorias de enfermeiro e de enfermeiro especialista, competências a nível de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º 71/2019).

Figura 4: Evolução da carreira de enfermagem no setor público em Portugal



Tendo em conta a lei vigente do regime legal da carreira especial de enfermagem no setor público, fazem parte do rol de competências do enfermeiro gestor:

- A gestão de recursos humanos de si dependentes;
- A criação de ambiente de trabalho saudáveis, de cooperação multidisciplinar;
- Garantir uma prática baseada na evidência;
- Instituir processos de melhoria continua da qualidade dos cuidados;
- Promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados;
- Implementar auditorias internas visando a melhoria da qualidade dos cuidados;

As funções de gestão desempenhada por enfermeiros é decisiva para “assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo -se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (Regulamento n.º 76/2018, 2018, p. 3478).

Segundo o mesmo regulamento, os enfermeiros gestores devem apresentar domínio de competências ao nível da gestão e da consultadoria. Ao nível do domínio da gestão, deve apresentar competência nas áreas da prática profissional ética e legal, da gestão pela qualidade e segurança, da gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional, do planeamento, organização, direção e controlo, e da prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

Posto isto, a importância da qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança dos doentes encontra-se bem patente em todos os documentos descritivos das funções e competências do enfermeiro gestor, o que revela a posição diferenciadora deste na obtenção de cuidados com qualidade e seguros.

A gestão é um processo de liderança e de orientação da totalidade ou parte de uma organização, através do desenvolvimento de recursos, visando os objetivos da organização (Marquis & Huston, 2017) de coordenação de pessoas e de recursos, através do planeamento, organização e do controlo (Huber, 2010). O processo de gestão engloba 5 fases:

1. Planeamento;
2. Organização;
3. Funções da equipa;

4. Direção;
5. Controlo.

O planeamento compreende a identificação das necessidades, definição dos objetivos e a delineação das estratégias e políticas mais apropriadas a adotar (Marquis & Huston, 2017). Está subdividido (Tabela 1) em operacional, tático e estratégico, mediante o tipo de gestor a que aporta na hierarquia da instituição (gestores de topo, intermédios ou de serviço) (Regulamento n.º 76/2018, 2018). O planeamento estratégico abrange toda a organização. O planeamento tático remete para postos intermédios como os departamentos, e tem a sua ação condicionada pelos objetivos elencados no planeamento estratégico. O planeamento operacional refere-se à gestão de serviços, que visa dar resposta aos objetivos do departamento e da instituição (Costa, 2018).

Tabela 1: Fases do planeamento

Planeamento	Estratégico	Gestores de Topo
		Objetivos Gerais
		Longo Prazo
Tático	Tático	Gestores Intermédios
		Objetivos Gerais e Específicos
		Médio Prazo
Operacional	Operacional	Gestores de Serviço
		Objetivos Específicos
		Curto Prazo

A organização é a fase onde se estabelece as relações entre as funções e as tarefas a serem desempenhadas, tendo em consideração os recursos humanos e materiais disponível, visando os objetivos listados; a função da equipa consiste na determinação das necessidades e de recrutamento de profissionais, assim como a orientação, formação e desenvolvimento dos mesmos (Marquis & Huston, 2017).

A direção representa a parte comportamental da gestão, onde se motiva e incentiva os colaboradores a cooperarem, de forma a alcançar os resultados

esperados, através da motivação, da liderança e da comunicação. A motivação implica a convergência dos objetivos pessoais com os da organização. A liderança é a capacidade de levar a equipa a trabalhar com a mesma finalidade e a comunicação é a transmissão de informação de forma clara, perceptível e idêntica para todos os intervenientes; o controlo consiste na avaliação de todo o processo de gestão, de analisar os resultados com os objetivos estipulados, e dar continuidade ou reformular o planeamento para melhorar a eficácia e eficiência das instituições.

Por último, o controlo, deve ser também realizado nos três diferentes níveis, já identificados na fase planeamento (Marquis & Huston, 2017). Consiste em analisar, avaliar e supervisionar todo o processo de gestão, é onde se compara os resultados com os objetivos estipulados, e onde se reformula as estratégias e os planos das organizações, a fim de se obter melhores resultados.

A incorporação das funções e dos processos de gestão na atuação dos enfermeiros gestores, vai permitir aos mesmos uma ação mais diferenciadora nas suas organizações e equipas, tendo em vista a melhoria das instituições e da qualidade dos cuidados de enfermagem e, mais especificamente, a segurança do doente.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

A presente dissertação foi realizada ao abrigo de um protocolo entre a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e a DGS e tem como propósito a análise do PNSD 2015-2020 nos seus diferentes objetivos, sendo que na presente dissertação focou-se no OE8 – “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes” (Despacho n.º 1400-A/2015).

1.1. Questão de investigação e objetivos

Como referido anteriormente, os sistemas de notificação e a análise dos relatos e implementação de medidas corretivas e/ou preventivas dos incidentes assumem um papel preponderante na segurança dos cuidados prestados aos doentes, o que demonstra a importância do estudo desta problemática.

Tendo em conta que, como já mencionado, a presente dissertação é parte de um projeto de investigação mais alargado, que tem como propósito a avaliação do Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020, definiu-se como ponto de partida a seguinte questão de investigação: Qual o nível de implementação do OE8 do PNSD 2015-2020: Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes?

Como objetivo geral pretende-se analisar o cumprimento do OE8 do PNSD 2015-2020, ou seja, relativamente às práticas sistemáticas de notificação, análise e prevenção de incidentes, no âmbito do PNSD 2015-2020.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Analisar o número de notificações reportadas no Notific@;
- Avaliar a evolução da adesão anual ao sistema “Notific@” (2015-2019) nas organizações do SNS;
- Avaliar o nível adesão às auditorias internas (2015-2019) referentes à metodologia de análise de incidentes notificados;

1.2. Tipo de estudo

Face à questão de investigação e aos objetivos determinados, a presente investigação descreve-se como observacional, descritiva, longitudinal e retrospectiva com uma abordagem quantitativa.

É observacional, uma vez que o investigador não tem influência nem manipula as variáveis, observando apenas as relações naturais entre as mesmas e documenta os resultados ocorridos (Polit & Beck, 2019; Ranganathan & Aggarwal, 2018). Os dados trabalhados nesta investigação foram recolhidos previamente ao início da investigação, por intervenientes externos à mesma. Foram codificados e perspetiva-se agora, pela análise estatística aplicada, avaliar os dados inseridos e interpretar os mesmos.

Caracteriza-se como um estudo descritivo porque pretende descrever a distribuição dos dados em uma ou mais características de um grupo de indivíduos e não pretendem estabelecer relações entre variáveis (Aggarwal & Ranganathan, 2019; Polit & Beck, 2019; Ranganathan & Aggarwal, 2018). Esta investigação pretende analisar as notificações, a fim de contribuir para planos/anos futuros.

É longitudinal e retrospectivo, tendo em conta que os dados são fruto de interações já ocorridas aquando do início desta investigação, tendo como fonte os dados colhidos no período 2015-2019, referentes ao registos de eventos transatos (Polit & Beck, 2019; Ranganathan & Aggarwal, 2018). Para o estudo em questão, o período temporal a que se referem os dados foi compreendido entre 1 janeiro 2015 e 31 de dezembro de 2019. Por último, tem uma abordagem quantitativa uma vez que se pretende examinar variáveis de natureza quantitativa, utilizando ferramentas e técnicas estatísticas (Grove & Gray, 2019).

1.3. População e amostra

A população alvo deste estudo são todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde tuteladas pela DGS. Estas são agrupadas por Administração Regional de Saúde (ARS), por tipologia de entidade e por categoria de entidade. Relativamente às ARS existem cinco, de acordo com a divisão geográfica de Portugal continental: a ARS Norte; ARS Centro; ARS Lisboa e Vale do Tejo (LVT); ARS Alentejo e a ARS Algarve. A ARS Norte compreende 37 entidades, a ARS Centro 18 entidades, a ARS LVT 31 entidades e a ARS Alentejo e ARS Algarve compreendem 5 e 4 entidades respetivamente.

Quanto à tipologia de entidade, estas são categorizadas em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Unidade Locais de Saúde (ULS), Hospitais e Centros Hospitalares. No que concerne à categoria de entidade, estas são agrupadas em ACES e Hospital.

Caracterizando cada uma das tipologias, os ACES são “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais (Unidade de Saúde Familiar; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; Unidade de Cuidados na Comunidade; Unidade de Saúde Pública; Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados), que integram um ou mais centros de saúde” (Decreto-Lei n.º 28/2008, p. 1182).

As ULS são estabelecimentos públicos, de natureza empresarial, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com autoridade jurídica, às quais se incumbe a prestação global dos cuidados de saúde de uma determinada área geográfica, assim como assegurar as atividades de saúde pública e o exercício de autoridade de saúde. Têm como linha orientadora as normas em vigor para o SNS (Decreto-Lei nº 207/99).

Os Hospitais são definidos como “um estabelecimento de saúde que presta cuidados de saúde curativos e de reabilitação em internamento e ambulatório, podendo colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica” (Conselho Superior de Estatística, 2015). Segundo o Decreto-Lei 188/2003 de 20 de Agosto do Ministério da Saúde (2003), os Hospitais do setor público são entendidos como “pessoas coletivas públicas dotadas de personalidade jurídica, de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial, cuja capacidade jurídica abrange a universalidade dos direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins” (p. 5220).

Os Centros Hospitalares são um conjunto de estabelecimentos hospitalares autónomos, mas com coordenação e/ou administração comum (Decreto-Lei nº 284/99). Segundo o decreto de lei referido, um centro hospitalar é “uma pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica” (p. 4684).

A nível nacional existem 22 entidades respondentes nos Centros Hospitalares, 19 entidades nos Hospitais, 8 entidades nas ULS e 46 entidades nos ACES.

Relativamente às categorias de entidades, os ACES mantêm as mesmas características acima descritas e os Hospitais correspondem ao agrupamento das tipologias ULS, Hospitais e Centros Hospitalares, resultando, portanto, em 46 entidades respondentes nos ACES e 49 entidades nos Hospitais.

1.4. Instrumento de colheita de dados

O formulário disponibilizado às entidades de saúde é encabeçado pela caracterização da amostra (instituições), compreendendo o ano a que se refere (transato), caracterização da entidade (como o número de camas), a tipologia dos cuidados prestados e duas outras questões: se a referida entidade possui plano de atividades concluído e validado e, se o relatório do plano de atividades está terminado. O questionário é organizado em cinco dimensões:

1. Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
2. Reforço da segurança dos doentes;
3. Monitorização permanente da qualidade e segurança;
4. Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
5. Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

No final apresenta um capítulo sobre as aprovações e homologações relativas ao relatório de atividades e ao plano de ação pelas diversas instâncias (i.e., Diretor executivo da entidade; Diretor-Geral Saúde).

A notificação de incidentes, objeto de análise desta dissertação, está inserida na dimensão intitulada “Reforço da Segurança dos Doentes”, nomeadamente nas questões numeradas de 27 a 29:

- Questão 27: Se instituição utiliza outro sistema que não o NOTIFIC@;
- Questão 28: Quais as medidas preventivas implementadas considerando os incidentes de segurança do doente com maior prevalência na instituição;
- Questão 29: Se foram realizadas auditorias internas à metodologia de análise de incidentes.

As questões 27 e 29 são de carácter dicotómico (sim/não). Contrariamente, a questão 28 é respondida mediante a anexação do documento comprovativo da implementação de medidas.

As questões 27 e 29 também carecem de um documento comprovativo do mesmo, a anexar aquando do retorno do questionário à DGS, que no presente trabalho não foram considerados, uma vez que não foram disponibilizados pela DGS, uma vez que os dados foram fornecidos de forma anonimizada.

Para a dissertação apresentada foram disponibilizados os dados do tópico referente ao OE8 e, entre estes, apenas os das questões 27 e 29. Estes forneceram os dados tratados e analisados neste trabalho.

1.5. Procedimento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos de duas fontes distintas. De realçar que estes remetem-se apenas as instituições de Portugal Continental, uma vez que as regiões autónomas possuem um serviço de saúde próprio e não se regem pelas orientações da DGS.

Uma das fontes de recolha foi um formulário disponibilizado às instituições abrangidas pelo SNS/DGS, anualmente e referentes ao ano antecedente. O preenchimento do formulário estava a cargo das Comissões de Qualidade e Segurança das instituições.

Os restantes dados recolhidos são provenientes diretamente da plataforma de notificação de incidentes disponibilizada pela DGS, o Notific@, nomeadamente o número de notificações registadas anualmente.

A compilação ficou a cargo da DGS, desde o início do PNSD em vigor, e estes foram fornecidos anonimizados, pela mesma instituição, à equipa de investigação da ESEL onde se integra o autor da dissertação.

1.6. Tratamento e análise de dados

Os dados foram fornecidos em bases de dados já codificadas, em formatação *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 27. Foram aplicados testes de estatística descritiva aos dados, como a frequência, média, moda, máximo/mínimo e percentagens.

1.7. Considerações éticas

A investigação em seres humanos pode incorrer em violações de direitos e liberdades dos participantes, o que implica ao investigador o levantamento de questões éticas e morais (Vilelas, 2017, p. 423).

Apesar de os dados serem referentes a investigações em seres humanos, e com acontecimentos em seres humanos, o autor da presente dissertação não teve intervenção na fase de recolha dos dados, mas apenas de tratamento dos mesmos. Uma vez que estes já foram disponibilizados codificados e fracionados, não é possível, mesmo ao autor da dissertação, o rastreamento dos dados até à sua origem.

Nesse sentido, as questões de precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais não são tidas em conta na ação do autor da dissertação.

Contudo, o autor da dissertação deve fazer uma gestão segura dos dados fornecidos e o acesso aos mesmos deve ser limitado aos investigadores (Grove & Gray, 2019). Os dados foram apenas utilizados para o estudo, o armazenamento dos mesmos foi em local seguro e de acesso restrito, não foram partilhados para além dos intervenientes normais na elaboração de uma dissertação e após o término estes serão eliminados de todos os locais ao qual o investigador tem acesso.

Para o acesso aos dados foi enviado um pedido de colaboração em Projeto de Investigação à DGS (apêndice I) e, para efeitos de compromisso, foi entregue posteriormente uma Declaração de Sigilo e Confidencialidade (apêndice II).

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Serão apresentados os resultados da análise dos dados relativos ao OE8 do PNSD 2015-2020, começando pela caracterização da amostra e seguidamente a análise relativa à meta do OE8 assim com das questões do formulário de prioridade II do PNSD 2015-2020.

2.1. Caracterização da amostra

Seguidamente irá ser caracterizada a amostra por ARS, por tipo de entidade e por categoria da entidade, no período temporal de 2015-2019. Pode-se constatar pela tabela 2 que o número total de entidades que responderam foi variável ao longo dos anos, com um máximo em 2016 (n=93) e um mínimo em 2015 (n=82). A amostra é proveniente principalmente da ARS Norte, Centro e de LVT. De um universo de 95 entidades esperadas, pode-se afirmar que o número de entidades respondentes foi elevado, tendo mesmo ficado perto dos 100%.

A ARS Norte foi a única que manteve o número de entidades respondentes (n=37) e a que teve, nos cinco anos analisados, mais entidades a responder por ano. Relativamente à ARS Centro, esta apresentou uma tendência positiva de entidades a responderem ao formulário; em 2015 com 16 entidades, aumentado para 18 entidades em 2016 e mantendo até 2019. A ARS LVT apresentou sempre valores de entidades que responderam variáveis de ano para ano (mín.=24, máx.=30); em 2016 foi o ano que apresentou mais entidades a responderem ao formulário (n=30). A ARS Alentejo variou entre 2 e 4 entidades a responderem ao formulário e, por último, a ARS Algarve variou entre 3 e 4 entidades, sendo que em 2019 não apresentou nenhuma a responder ao formulário.

Tabela 2: Número de entidades respondentes por ARS, por ano (2015-2019).

RESPOSTA AO FORMULÁRIO POR ARS/ANOS							
	ARS					Total	Total Esperado
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve		
2015	37	16	24	2	3	82	95
2016	37	18	30	4	4	93	95
2017	37	18	28	4	3	90	95
2018	37	18	29	4	4	92	95
2019	37	18	26	3	0	84	95

No que se refere aos tipos de entidade (Tabela 3), os ACES foram os que mais formulários responderam no período temporal em análise. Em contraponto, as ULS foram o tipo de entidades com menor número de formulários respondidos. A resposta aos formulários foi variável no período 2015-2019, com os ACES a registarem um maior número de formulários respondidos (mín.=38, máx.=46), seguido dos Centros Hospitalares (mín.=19, máx.=22), dos Hospitais (mín.=15, máx.=19) e por fim as ULS (mín.=5, máx.=8).

Tabela 3: Número de entidades respondentes, por tipo de entidade, por ano.

RESPOSTA AO FORMULÁRIO POR TIPOS DE ENTIDADES/ANOS					
	Tipo de entidade				Total
	ACES	ULS	Hospital	Centro Hospitalar	
2015	43	5	15	19	82
2016	46	7	19	21	93
2017	43	7	19	21	90
2018	45	8	18	21	92
2019	38	7	17	22	84

Relativamente à categoria de entidade (Tabela 4), estas apresentam valores similares de entidades a responderem ao formulário. Em 2015, o número de ACES foi superior ao número dos Hospitais e nos anos subsequentes verificou-se uma inversão dos resultados.

Tabela 4: Número de entidades respondentes, por categoria de entidade, por ano.

RESPOSTA AO FORMULÁRIO POR ENTIDADES CATEGORIZADAS/ANOS			
	Categoria de entidade		Total
	ACES	Hospital	
2015	43	39	82
2016	46	47	93
2017	43	47	90
2018	45	47	92
2019	38	46	84

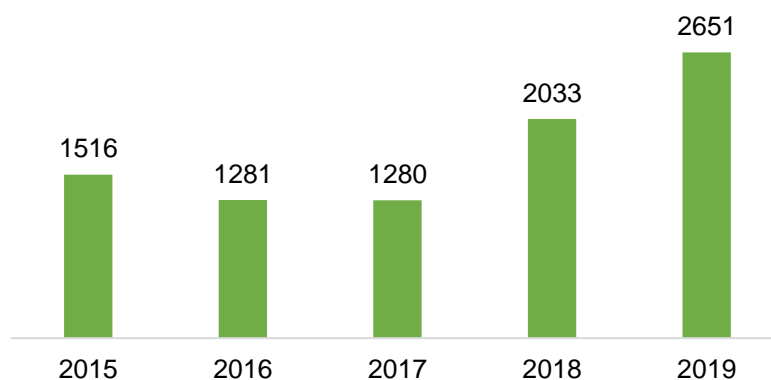
2.2. Avaliação do OE8: “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes?”

Seguidamente serão apresentados os resultados relativos à meta proposta no PNSD 2015-2020, assim como os resultados das questões número 27 e 29 do formulário de prioridade II do PNSD 2015-2020.

2.2.1. Meta do OE8

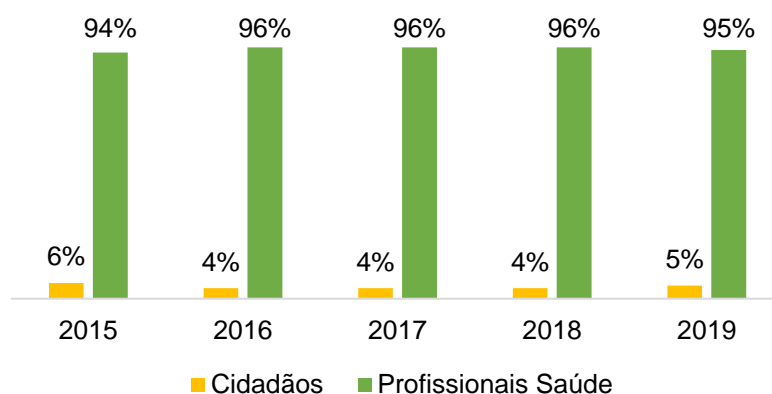
A meta do OE8 pretendia avaliar qual o crescimento anual do número de notificação no sistema Notific@, tendo como objetivo um crescimento anual igual ou superior a 20%. Pode-se constatar que existiu um aumento do número bruto de notificações no sistema Notific@ comparando o início temporal do estudo e o seu término (Gráfico 1), de 1516 respostas em 2015 para 2651 respostas em 2019. Entre 2015 e 2017 verificou-se um decréscimo constante de notificações registadas, de 1516 para 1280, e depois inverteu-se a tendência até 2019, registando-se um aumento de 37% de 2017 para 2018 e de 23% de 2018 para 2019.

Gráfico 1: Total de notificação registadas no sistema Notific@.



Os profissionais de saúde foram o grupo que mais contribuiu com notificações no sistema Notific@, com percentagens superiores a 94% (Gráfico 2: Total de notificações, por grupo, por ano.) no decurso dos cinco anos. Os cidadãos tiveram percentagens de notificação compreendidas entre 4% e 6%. No entanto, as notificações deste grupo tiveram um aumento bruto entre os anos de 2015 (n=85) e 2019 (n=137), apesar da estabilidade percentual.

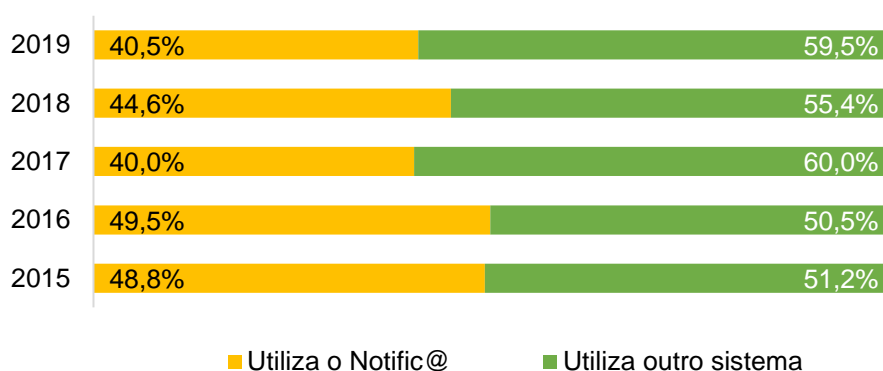
Gráfico 2: Total de notificações, por grupo, por ano.



2.2.2. Formulário de Prioridade II do PNSD, relativo ao OE8: questão 27 “A instituição notifica incidentes noutra sistema que não o NOTIFIC@?”

Na totalidade dos anos analisados (Gráfico 3), as entidades utilizaram em maior número por outros sistemas que não o Notific@ e, de 2015 a 2019 houve um aumento gradual por essa preferência, pois em 2015 51,2% (n=42) das entidades preferia outros sistemas e em 2019 teve um aumento para 59,5% (n=50). Teve uma manifestação máxima em 2017, com 60% (n=54) das entidades a optarem por outros sistemas e um mínimo em 2016 com 50,5% (n=47).

Gráfico 3: Total de entidades a não utilizarem /utilizarem o sistema Notific@, por ano.



A ARS Norte optou preferencialmente por outros sistemas em detrimento do Notific@ na totalidade dos anos abordados (Tabela 5). Em relação à ARS Alentejo, em 2015, utilizava exclusivamente o sistema Notific@ (2 vs. 0). Contudo, adotou outros sistemas de notificação a partir de 2016, verificando-se uma preferência por estes em 2019 (1 vs. 2).

A ARS LVT também transita progressivamente da preferência do Notific@ em 2015 (14 vs. 10), para preferir outros sistemas em 2019 (12 vs. 14), e no mesmo sentido, a ARS Algarve em 2015 tinha 100% das entidades (3 vs. 0) a utilizarem outro sistema que não o Notific@, e nos anos seguintes apenas uma das entidades respondente desta ARS preferiu outros sistemas.

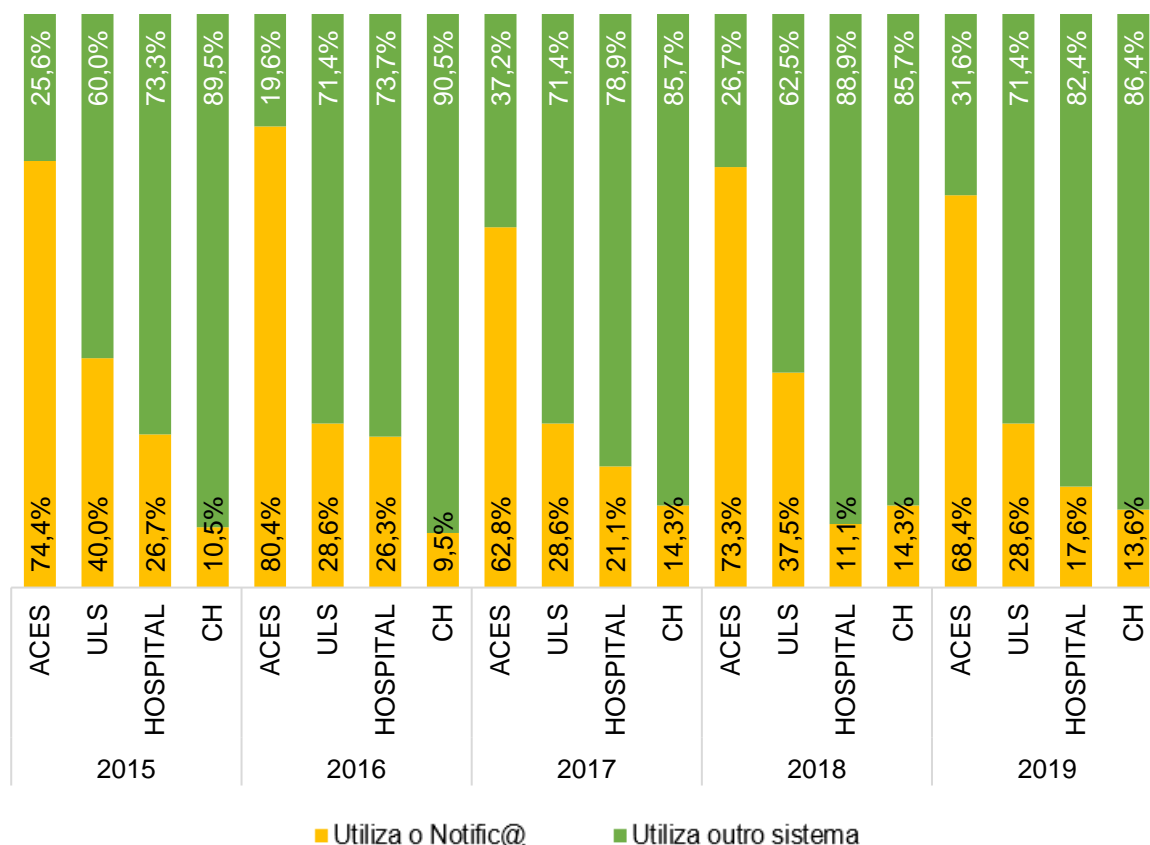
A ARS Centro é a única que faz o percurso inverso; em 2015 apresentava mais entidades a optarem por outro sistema que não o Notific@ (6 vs. 10), opção essa que em 2019 é contrária (10 vs. 8), com mais entidades a utilizarem o Notific@ (Tabela 5).

Tabela 5: Total de entidades a não utilizarem/utilizarem o Notific@, por ARS, por ano.

UTILIZA OUTRO SISTEMA QUE NÃO O NOTIFIC@ POR ARS			
		Não	Sim
2015	Norte	15	22
	Centro	6	10
	LVT	14	10
	Alentejo	2	0
	Algarve	3	0
2016	Norte	15	22
	Centro	8	10
	LVT	17	13
	Alentejo	3	1
	Algarve	3	1
2017	Norte	7	30
	Centro	9	9
	LVT	15	13
	Alentejo	3	1
	Algarve	2	1
2018	Norte	12	25
	Centro	9	9
	LVT	14	15
	Alentejo	3	1
	Algarve	3	1
2019	Norte	11	26
	Centro	10	8
	LVT	12	14
	Alentejo	1	2
	Algarve	0	0

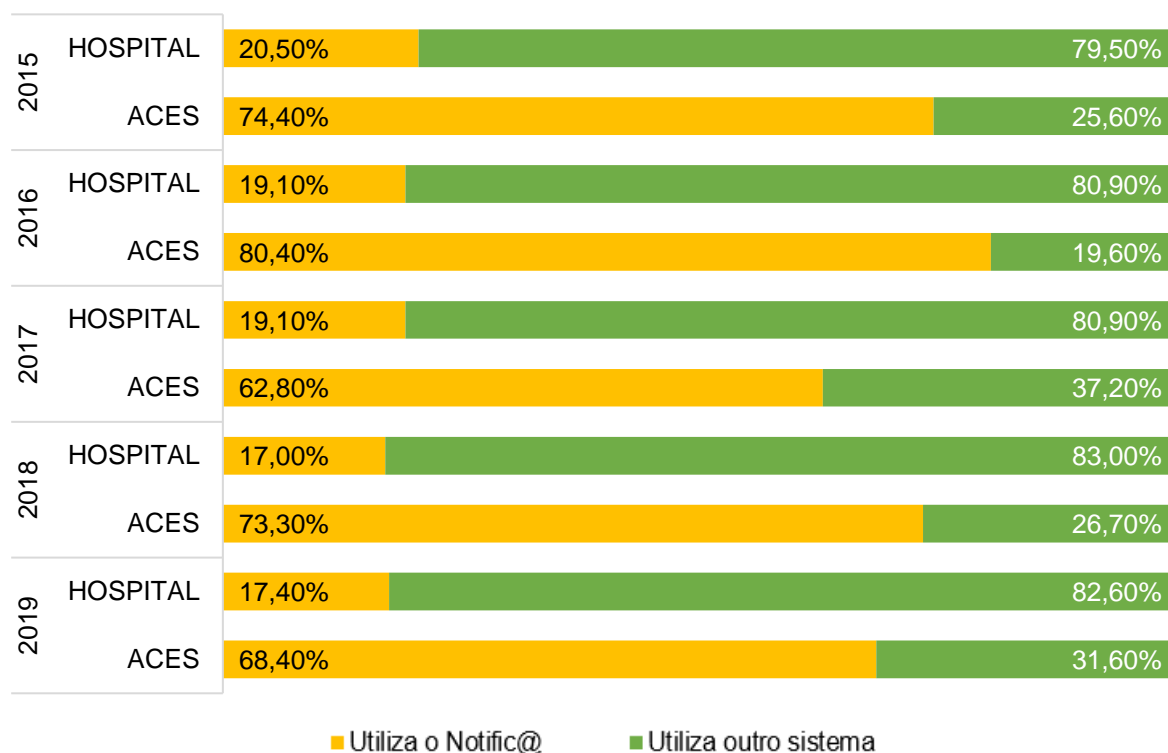
Os ACES foram o único tipo de entidade que optou, preferencialmente, pelo sistema Notific@ nos cinco anos. As restantes três tipologias optaram por outro sistema, principalmente os Hospitais e os Centros Hospitalares, com percentagens superiores a 70% (Gráfico 4). De referir que os ACES diminuíram a sua escolha pelo Notific@ em 6 pontos percentuais entre 2015 e 2019. Por outro lado, nos cinco anos reportados, as ULS, os Hospitais e os Centros hospitalares aumentaram a sua opção por outros sistemas em 11,4%, 9,1% e 3,1%, respetivamente.

Gráfico 4: Total de entidades a não utilizarem/utilizarem o Notific@, por tipo de entidade, por ano.



Relativamente às entidades categorizadas, os Hospitais preferem amplamente outros sistemas em comparação com o Notific@, com percentagens sempre superiores aos 79% (Gráfico 5). Por sua vez, os ACES optam mais pelo Notific@, embora se verificasse uma ligeira diminuição quando comparado 2015 (n=32) e 2019 (n=26).

Gráfico 5: Total de entidades a não utilizarem/utilizarem o Notific@, por categoria de entidade, por ano.



2.2.3. Formulário de Prioridades II do PNSD, relativo ao OE8: questão 29 “Foram realizadas auditorias internas à metodologia de análise de incidentes?”

De 2015 a 2019 houve uma melhoria da adesão às auditorias internas à metodologia de análise de incidentes pelas entidades, com 14,6% em 2015 (n=12) e em 2019 com 17,9% (n=15), representando o máximo percentual nos cinco anos analisados (Gráfico 6). Em 2018, foi o ano que as entidades apresentaram percentagens mais baixas de adesão às metodologias internas com 12% (n=11).

A maioria das entidades não realiza auditorias internas às metodologias de análise dos incidentes reportados, com percentagens sempre acima dos 80% (Gráfico 6).

Gráfico 6: Total de entidades que realizam auditorias internas às metodologias de análise de incidentes, por ano.

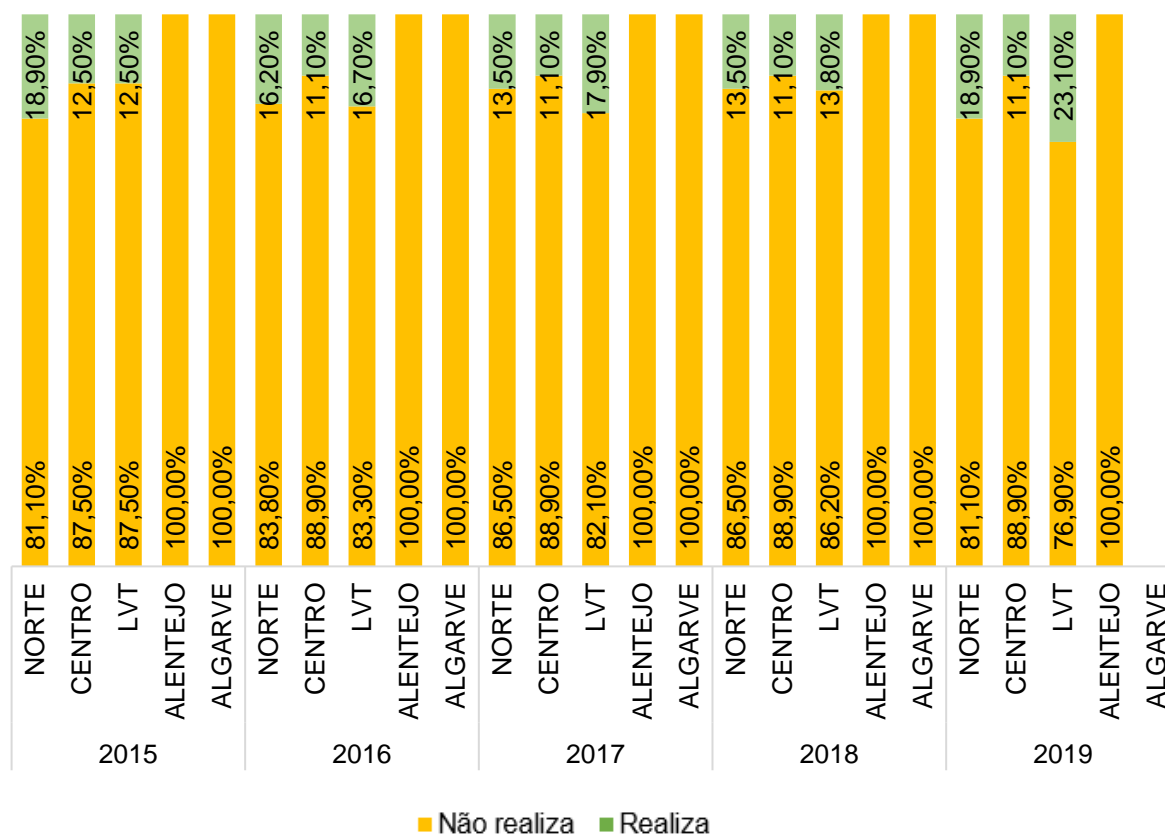


Na totalidade dos anos estudados, as cinco ARS apresentaram sempre percentagens de auditorias internas a incidentes reportados inferiores a 20%, excetuando a ARS LVT, no ano 2019, com valores na ordem dos 23% (Gráfico 7). A ARS LVT foi a única que apresentou um crescimento gradual de adesão às auditorias com exceção da transição entre os anos de 2017 e 2018.

A ARS Norte foi quem mais entidades apresentou a realizarem auditorias internas à metodologia de análise de incidentes, correspondendo a um máximo percentual de 18,9 (n=7) em 2015 e 2019. A ARS Centro apresentou nos cinco anos sempre duas entidades a realizarem auditorias que, devido ao número total de entidades da ARS Centro ser inferior em 2015 comparativamente aos restantes anos, representa uma variação percentual entre 11,1% e 12,5%.

No decurso dos cinco anos, a ARS Alentejo e Algarve não apresentaram auditorias internas às metodologias de análise das notificações reportadas.

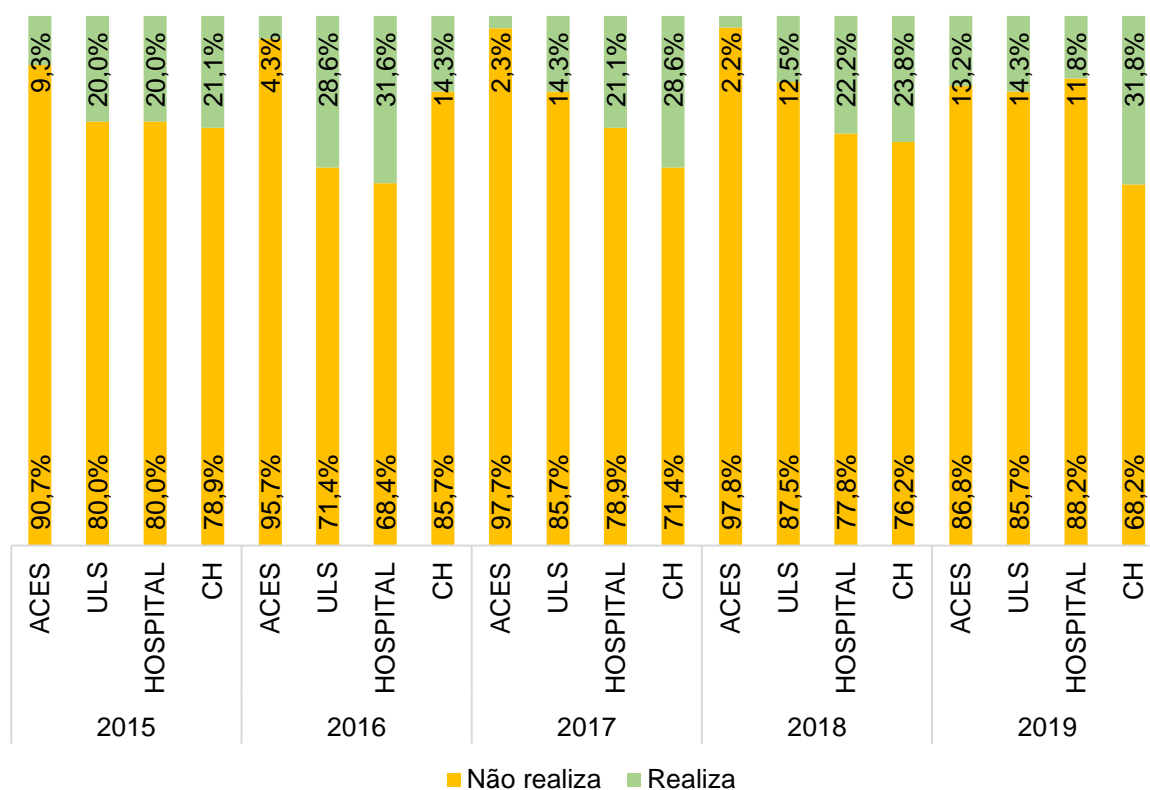
Gráfico 7: Total de entidades que realizam auditorias internas às metodologias de análise de incidentes por ARS, por ano.



Os Hospitais e os Centros Hospitalares são os tipos de entidade que mais auditorias realizam às metodologias de análise dos incidentes (Gráfico 8), apresentando melhores percentagens nos cinco anos abordados; os Hospitais com um máximo de 31,6% (n=6) em 2016 e os Centros Hospitalares com um máximo de 31,8% (n=7) em 2019, excetuando 2016 para os Centros Hospitalares (14,3%) e 2019 para os Hospitais (11,8%), que apresentam sempre percentagens superiores a 20% de entidades a realizarem auditorias internas aos incidentes.

Em contraponto, os ACES são o tipo de entidade com percentagens mais baixas, com um mínimo de 2,2% (n=1) em 2018 e um máximo de 13,2% (n=5) em 2019, apesar de serem o tipo de entidade mais expressivo. Contudo, quando comparado 2015 com 2019, existe uma evolução positiva na adesão às auditorias, de 9,3% inicialmente para 13,2% no final do estudo.

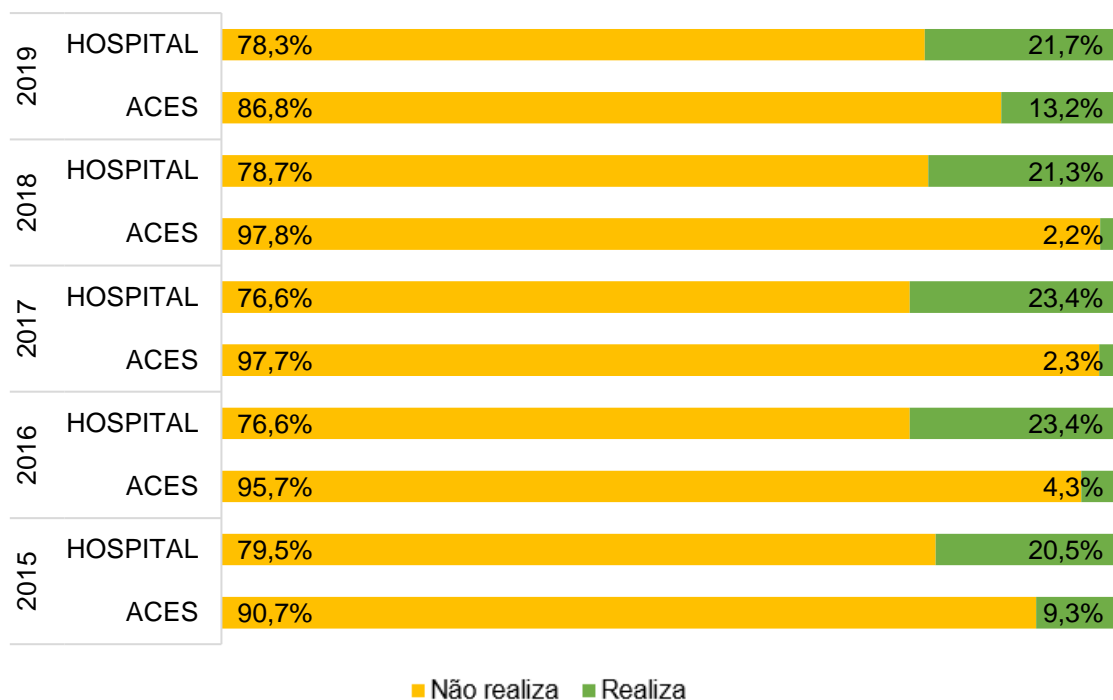
Gráfico 8: Total de entidades que realizam auditorias internas às metodologias de análise de incidentes, por tipos de entidade, por ano.



Relativamente à categoria de entidade, os Hospitais são quem mais auditorias realiza aos incidentes notificados, com percentagens superiores a 20% nos cinco anos (Gráfico 9), com um máximo em 2016 e 2017 com 23,4% (n=11) das entidades a realizarem auditorias e um mínimo em 2015 com 20,5% (n=8).

A maioria dos ACES não realiza auditorias internas de análise de incidentes, que num universo sempre superior a 30 entidades por ano, teve um máximo de 13,2% em 2018 (n=5) e um mínimo em 2018 com 2,2% (n=1).

Gráfico 9: Total de entidades que realizam auditorias internas às metodologias de análise de incidentes, por categorias de entidade, por ano.



3. DISCUSSÃO

Como referido anteriormente, o PNSD 2015-2020, exposto pela DGS compreende nove objetivos estratégicos, sendo que a presente dissertação incide no Objetivo Estratégico nº 8 que intitula-se como “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes” (Despacho n.º 1400-A/2015). O Objetivo Estratégico nº 8 tem como meta definida um crescimento de 20% ao ano do número de notificações de incidentes no sistema de notificação disponibilizado pela DGS, Notific@. Para atingir esta meta foram definidas as seguintes ações: promover a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no Notific@; analisar as causas dos incidentes; implementar medidas preventivas de recorrência de incidentes e, auditar, semestralmente, as práticas realizadas na análise de incidentes. De referir que o Notific@ é um sistema que permite também ao doente/cidadão a participação de incidentes. Esta é uma característica que é idêntica a sistemas de notificação de outros países, como o da Holanda, Suécia e Austrália (OMS, 2005).

Na globalidade dos anos houve um crescimento no valor bruto de 1135 notificações efetuadas no Notific@, o que corresponde a um aumento de 174,9% de 2015 para 2020. Porém, quando analisado o crescimento anual como é o propósito da meta do OE8, verificou-se que este apenas foi parcialmente atingido, pois apenas entre 2017-2018 e 2018-2019 é que o crescimento foi superior a 20%. De facto, entre os anos 2015 e 2017 verificou-se inclusive um decréscimo de ano para ano.

Os resultados identificados, através dos dados fornecidos não vão, aparentemente, ao encontro dos achados dos relatórios de 2019 e 2020 da Comissão da Qualidade e Segurança da DGS, pois em ambos é referido que o objetivo de crescimento de 20% ao ano foi conseguido, em todos os anos abordados (DGS, 2020; Ustá, 2019). Como referido anteriormente os dados fornecidos para a presente dissertação apenas permitem constatar que a meta foi atingida em dois dos cinco anos analisados.

No entanto, o crescimento verificado a partir de 2017 aparenta ir ao encontro de uma tendência similar à de outros países, como é o caso dos EUA, Reino Unido e outros. O relatório aos incidentes notificados do Reino Unido revela um aumento de 9,2% de 2019 para 2020 (NHS, 2020), e o relatório da segurança do doente da Pensilvânia demonstra um crescimento constante no número de notificações de 2016-

2019, sendo que desde 2005 apresenta um crescimento na ordem dos 164% (Kepner & Jones, 2021).

O aumento do número de notificações registado pode ser fruto do despertar de uma realidade para os profissionais de saúde e cidadãos, que o erro existe e acontece. As campanhas de sensibilização promovidas pela DGS, desde logo com a publicação do primeiro PNSD (2015-2020), pelas instituições e seus gestores, poderão ter despoletado um aumento das notificações efetuadas no Notific@ ou noutros sistemas de notificação. Conforme identificado na revisão realizada e mencionada no capítulo da segurança do doente, a cultura de segurança das organizações e o comportamento dos gestores, nomeadamente ao nível do foco do problema, da reação ao mesmo e o *feedback* prestado e percecionado pelos colaboradores têm um impacto significativo na predisposição dos mesmos em notificar incidentes. A formação prestada aos profissionais de saúde relativamente ao processo de notificação, aos objetivos da notificação, às definições dos sistemas utilizados, dos propósitos do ato de notificar, assim como a identificação dos incidentes e sua severidade, fatores condicionantes também identificados na revisão, podem ter predisposto positivamente ou negativamente os profissionais de saúde a notificar. Posto isto, teria sido muito importante ter tido acesso ao tipo de incidentes, para se poder estabelecer inferências sobre quais os tipos de incidentes já bem identificados pelos profissionais de saúde e quais carecem de uma maior sensibilização na sua identificação.

No que concerne à participação dos profissionais de saúde e dos doentes/cidadãos na notificação de incidentes, podemos constatar que a maioria das notificações são realizadas pelos profissionais de saúde ($\cong 96\%$). No entanto, o doente/cidadão apresentou um aumento do número bruto de notificações de incidentes, quando comparado 2015 com 2019. Esta possibilidade de o doente/cidadão poder notificar é uma característica que se mantém no novo PNSD (2021-2026) (Despacho n.º 9390/2021). O cidadão é uma fonte de dados que ainda não está muito potenciada, uma vez que a sua taxa de notificação ainda é baixa, mas estes podem identificar problemas ainda não identificados, falhas na rede de prestação de cuidados que os profissionais não conseguem identificar (OMS, 2020b). Este facto pode dever-se aos cidadãos estarem pouco sensíveis ou apresentarem conhecimentos insuficientes para as práticas de notificação. Contudo, novo PNSD 2021-2026 propõe-se a colmatar esta debilidade, pretendendo aumentar a literacia e a participação do doente/cidadão na segurança da prestação de cuidados, com o

objetivo de exponenciar a visão deste perante os cuidados de saúde recebidos e assim uma maior facilidade de identificação de incidentes.

Na amostra deste estudo foram incluídas todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde tuteladas pela DGS que engloba 5 ARS, de acordo com a divisão geográfica de Portugal continental: a ARS Norte (37 entidades); ARS Centro (18 entidades); ARS LVT (31 entidades); ARS Alentejo (5 entidades) e a ARS Algarve (4 entidades).

De realçar que em Portugal as entidades podem optar pelo sistema disponibilizado pela DGS, ou por um sistema interno próprio. Nos mesmos relatórios da Comissão da Qualidade e Segurança da DGS pode-se constatar que a expressão da notificação de incidentes nas entidades que utilizam sistemas internos próprios é mais significativa, variando entre 13 262 notificações em 2015 e 22 282 notificações em 2019 (DGS, 2020; Ustá, 2019). Estes resultados ganham outra magnitude quando é conhecido que em Portugal apenas um terço dos incidentes ocorridos chegam a ser efetivamente notificados (DGS, 2015).

Através da análise da questão 27 do Formulário de Prioridades do PNSD 2015-2020, que pretendia saber se as instituições notificam incidentes noutra sistema que não o Notific@, podemos constatar que a adesão ao sistema Notific@ tem apresentado um decréscimo global no período em análise. Cada vez mais entidades estão a optar por sistemas próprios. Quando avaliado pelas diferentes ARS, verifica-se que estas têm transitado do Notific@ para outros sistemas; em 2015 a ARS LVT, ARS Alentejo e a ARS Algarve davam primazia ao Notific@ e em 2019 apenas a ARS Centro o faz. Relativamente ao tipo de entidade não se verificaram alterações significativas na adesão ao sistema Notific@, uma vez que nos cinco anos analisados os ACES privilegiam o Notific@ e as restantes três tipologia, as ULS; os Hospitais; e os Centros Hospitalares privilegiam outros sistemas. Quando analisado por categoria de entidades, os Hospitais optam sempre por outros sistemas e apresentam mesmo uma tendência de alargamento dessa preferência (2015= 79,5% das entidades; 2019= 82,6% das entidades). Os ACES reduzem de 74,4% em 2015 para 68,4% em 2019, mas mantêm a maioria das entidades a preferir o Notific@.

Sabendo que, em Portugal Continental, os profissionais de saúde estão mais centralizados nos cuidados hospitalares, com 78,9% dos profissionais segundo o último Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS (Ministério da Saúde, 2018), e que estes (os hospitais, as ULS e os centros hospitalares) privilegiam os sistemas

internos próprios de notificação. Também a necessidade de acreditação da qualidade pelas entidades prestadoras de cuidados de saúde, onde os Hospitais, os Centros Hospitalares e as ULS estão mais avançados comparativamente aos ACES, poderá levar à utilização dos sistemas disponibilizados por estas empresas de acreditação da qualidade, em detrimento do sistema disponibilizado pela DGS. Estas expressões do número de notificações no Notific@ *versus* sistemas internos podem encontrar aí justificação. Para além disso, as taxas de notificação são habitualmente mais baixas nos cuidados de saúde primários, em comparação com o meio hospitalar, facto que não surpreende, pois é dado um maior foco da segurança dos cuidados nos hospitais (OMS, 2020b).

Devemo-nos também interrogar se o desenho do Notific@ e o processo de notificação neste não necessita de ser reavaliado. Como identificado na revisão de *scoping* realizada, os motivos pela utilização de outros sistemas em deterioramento do Notific@ podem encontrar justificação no sistema em si. Este pode não ser considerado apelativo e de prática utilização para os profissionais de saúde/cidadãos, nomeadamente nas questões da morosidade de preenchimento, da complexidade, das vias de comunicação e da terminologia utilizada não ser perceptível. Como já previamente identificado, a melhoria dos sistemas de notificação por processos mais simples e a multiplicação das vias de comunicação (aplicação informática, papel, telefone, etc.) têm contributos positivos para o aumento das notificações (Hwang et al., 2012; Wang et al., 2013).

Porém, para além da escolha do sistema de notificação, é essencial analisar o sistema de resposta que sucede à notificação, o que nos remete para a questão 29 do Formulário de Prioridades do PNSD 2015-2020, que pretendia saber se as entidades realizavam auditorias à metodologia de análise de incidentes. Quando comparado 2015 com 2019 verificou-se que houve um aumento na adesão das entidades de saúde às auditorias internas relativamente à metodologia de análise de incidentes notificados, de 14,6% para 17,9%, mas globalmente a adesão às auditorias é reduzida. Mais de 80% de todas as entidades não realiza auditorias.

Analisando pelas ARS pelos diferentes anos, verificamos que as percentagens são idênticas ao âmbito geral, ou seja, apresentam percentagens inferiores a 20% ao longo dos cinco anos; exceção é a ARS LVT, que em 2019 apresentou uma adesão de 23,1%. Aliás, é a única ARS a realizar um percurso gradual de adesão, em 2015 apresentava 12,5% de entidades a aderirem às auditorias, e termina 2019 como os

referidos 23,1%. A ARS Norte, em 2015 apresentava taxas de adesão na ordem dos 18,9%, e termina 2019 nos mesmos valores, apesar de apresentar ligeiras variações nos anos intermédios. A ARS Centro, de total de todas as suas entidades apenas apresentou duas entidades por ano, nos cinco anos, a realizarem auditorias às metodologias de análise de incidentes. A ARS Alentejo e a ARS Algarve apresentam 0% de adesão a processos de auditoria às metodologias de análise de incidentes.

Por tipo de entidade os Hospitais e os Centros Hospitalares são os que apresentam melhores índices de adesão, sempre superior a 20%. As ULS diminuíram ligeiramente a adesão às auditorias entre 2015 e 2019, de 20% para 14,3%, mas são os ACES que apresentam índices mais baixos, com uma variação de 9,3% em 2015 e de 13,2% em 2019. No entanto, nos anos intermédios não tiveram mais de 5,5% e com um mínimo de 2,2%, em 2018, ou seja, apenas uma de 45 entidades. Por categoria de entidades a tendência é idêntica, com os hospitais e apresentarem melhores índices de adesão comparativamente aos ACES.

Estes resultados podem sugerir que, ou as entidades ainda não dão a respetiva importância aos processos de análise das notificações, ou que a metodologia implementada está consensualmente aceite nos seios das entidades como a mais apropriada. Existem alguns modelos de análise de incidentes descritos na literatura que permitem aos gabinetes de gestão do risco das entidades sistematizar e estruturar a análise dos incidentes notificados, como as etapas do modelo *Root Cause Analysis*. Após a notificação do incidente, os gabinetes de risco devem, tendo por base este modelo, procurar definir o problema, procurar dados que permitam entender o problema, identificar possíveis fatores casuísticos e descobrir a raiz do problema, a fim de desenvolver e implementar estratégias para minimizar/eliminar novas ocorrências. Estas entidades devem adotar um espírito crítico quanto aos métodos implementados nos gabinetes de risco, quanto à sua aplicação, e só através das auditorias às metodologias de análise de incidentes se consegue comprovar que o modelo é o mais indicado, o que melhor resposta dá face ao problema, tendo como finalidade encontrar a melhor solução para o problema inicialmente identificado.

Como é referido pela OMS (2005), o principal propósito dos sistemas de notificação de incidentes é aprender com a experiência. O simples ato de notificar incidentes isoladamente não leva à potencialização da segurança dos doentes. É através da análise das notificações e da resposta obtida dessas análises, que os incidentes reportados vão resultar em aprendizagens e conduzir a esforços de

redesenhar os sistemas. O mais importante é que os sistemas de notificação se traduzam em respostas visíveis e úteis, até para justificar os gastos neste, assim como de estimular os intervenientes a reportar continuamente. Apenas recolher dados pode ser redutor para o avanço da segurança do doente (OMS, 2005). O sistema de resposta é mais importante do que o sistema de notificação e o sistema de resposta deve ser objeto de análise com o intuito de aperfeiçoamento do mesmo.

CONCLUSÃO

Todas as ações de melhoria da segurança dos doentes só fazem sentido quando são desenhadas e estruturadas para trazerem resultados palpáveis para os doentes e não se ficam apenas pelos programas políticos e organizacionais. Os sistemas de notificação e a análise sistemática dos incidentes são uma das estratégias implementadas pelas organizações de saúde com o objetivo de potenciar a segurança dos doentes, pilar fundamental para o propósito da obtenção de cuidados de qualidade.

De realçar que o Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020 constitui-se um primeiro passo para a problemática da segurança do doente com implementação nacional, que contempla uma abrangência de temas afetos à segurança do doente, onde a notificação e análise sistemática de incidentes é constituinte, que vai de encontro a preocupação, indicações e normas emanadas mundialmente.

Os objetivos propostos para a dissertação foram atingidos, pois foi possível avaliar a meta do OE8 assim como foi possível avaliar as questões do formulário de prioridades do referido objetivo do PNSD 2015-2020. Os resultados obtidos revelam que as práticas de notificação e análise estão a ser fomentadas e desenvolvidas nas entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde em Portugal, com resultados tendencialmente positivos quando comparado 2015 com 2019, mas que ainda existe um longo caminho a percorrer. A meta do OE8 do PNSD 2015-2020, crescer 20%/ano o número de notificações no Notific@, foi parcialmente atingida, uma vez que só nos intervalos dos anos entre 2017 e 2019 é que houve um crescimento no número de notificações no Notific@ igual ou superior ao proposto e não na plenitude dos anos. O Notific@ tem perdido espaço representativo no seio das entidades para outros sistemas de notificação, principalmente no ambiente hospitalar. A adesão aos processos de auditorias relativos à metodologia de análise de incidentes é baixa nos seios das entidades, a maioria das entidades ($\geq 80\%$) a não realizar auditorias às metodologias de análise, independentemente da avaliação seja realizada ao nível das ARS, dos tipos de entidade ou das categorias de entidade.

Este estudo foi limitado aos dados obtidos pela plataforma Notific@ e disponibilizados pela DGS, que apenas representam uma parte das notificações em Portugal, pois muitas entidades optam por sistemas internos de notificação. Deste

modo, a amostragem utilizada não representa fidedignamente a adesão dos profissionais aos processos de notificação em Portugal. A natureza dos dados fornecidos não permite avaliar quais os incidentes mais notificados e quais as áreas que necessitam de um maior investimento e, para além disso, também não apresentava a categorização das notificações por áreas/tipo, que permitiria perceber quais as áreas de maior/menor alerta, áreas a investir e áreas a melhorar. O Formulário de Prioridades disponibilizado às entidades como instrumento de recolha de dados também carece de ser aprimorado, uma vez que as questões relativas ao OE8 não permitem dar resposta à meta definida para o OE.

Esta dissertação fornece dados relevantes e que permitem um refinamento do novo PNSD (2021-2026) no que concerne à notificação e análise de incidentes, identifica áreas de intervenção, nomeadamente a fomentação junto do cidadão, como fornecedor de novas perspetivas de incidentes. Permite que os decisores políticos se questionem qual o trajeto pretendido relativamente aos sistemas de notificações, se implementar o Notific@ em todas as organizações ou continuar a dar abertura a outros sistemas, mas que inclua a partilha de dados para uma análise nacional mais precisa e representativa da realidade. Para a gestão em enfermagem, esta dissertação, permite aos enfermeiros gestores ter uma voz mais ativa e fundamentada na gestão das organizações, uma voz desbloqueadora e promotora da mudança, relativamente à cultura de segurança e de notificação. Permite também a reflexão e análise das suas práticas, uma vez que estes são muito influenciadores da pré-disponibilidade dos seus colaboradores para as práticas de notificação.

Para investigações futuras, esta dissertação abre caminhos para estudos comparativos deste PNSD com futuros planos e alerta para a necessidade de incluir os dados de sistemas de notificação próprios das entidades. Em futuros trabalhos será importante compreender a natureza das notificações, para melhor se caracterizar a cultura de notificação existente em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AbuAlRub, R. F., Al-Akour, N. A., & Alatari, N. H. (2015). Perceptions of reporting practices and barriers to reporting incidents among registered nurses and physicians in accredited and nonaccredited Jordanian hospitals. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(19–20), 2973–2982. DOI:10.1111/jocn.12934
- Aggarwal, R., & Ranganathan, P. (2019). Study designs: Part 2 - Descriptive studies. *Perspectives in Clinical Research*, 10(1), 34–36. DOI:10.4103/picr.PICR_154_18
- AHRQ. (2017). 2016 National Healthcare Quality and Disparities Report. *U.S. Department of Health and Human Services*, 7, 1–64. DOI:10.1108/S2040-724620170000007013
- AHRQ. (2019). Patient Safety Network: Glossary. Obtido de <https://psnet.ahrq.gov/glossary-0>
- Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P. B., Jesus, É., & Araújo, B. (2020). Rn4cast study in Portugal: Validation of the Portuguese version of the practice environment scale of the nursing work index. *Aquichan*, 20(3), 1–10. DOI:10.5294/aqui.2020.20.3.8
- Blegen, M., Vaughn, T., Pepper, G., Vojir, C., Stratton, K., Boyd, M., & Armstrong, G. (2004). Patient and staff safety: voluntary reporting. *American Journal of Medical Quality*, 19(2), 67–74. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106561200&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Conselho Superior de Estatística. (2015). Sistema Integrado de Metainformação - conceitos. Obtido 16 de Junho de 2021, de Instituto Nacional de Estatística website: <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=8494&lang=PT>
- Costa, T. (2018). *Gestão Contemporânea Princípios, Tendências e Desafios (2º)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Decreto-Lei n.º 412/98 de 30 de Dezembro. , Diário de República, 1ª Série (nº300 de 30-12-1998) § (1998).
- Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de Maio de 2019. , Pub. L. No. Diário da República, 1.ª série — N.º 101, Diário da República 2626 (2019).
- Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto do Ministério da Saúde. , Pub. L. No. Diário da República — 1.ª série - A N.o 191, 191 Diário Da Republica 5219 (2003).

Decreto-Lei nº 207/99, de 9 de Junho do Ministério da Saúde. , Pub. L. No. Diário da República — 1.ª série - A Nº 133, 133 Diário Da República 3258 (1999).

Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de Setembro do Ministério da Saúde. , Pub. L. No. Diário da República, 1.ª série — N.º 184, 184 Diário da república 6758 (2009).

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro do Ministério da Saúde. , Pub. L. No. Diário da República, 1.ª série — N.º 38, 38 1182 (2008).

Decreto-Lei nº 284/99 de 26 de Julho do Ministério da Saúde. , Pub. L. No. Diário da República — 1.ª série - A N.o 172, 1ª Série-A Diário da República 4683 (1999).

Decreto-Lei nº 305/81 de 12 de Novembro. , Pub. L. No. Diário da República, 1ª série nº 261, Diário da República 2998 (1981).

Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro. (1991). *Diário da Republica - 1 serie - A*, Vol. n257, pp. 5723–5741.

Decreto Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro de 2009. , Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009 § (2009).

Despacho n.º 1400-A/2015 - de 10 de fevereiro de 2015 do Ministério da Saúde. , Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série — N.º 28, 28 Diário da República 3882(2) (2015).

Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio de 2015 do Ministério da Saúde. , Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série — N.º 102, Diário da República 13550 (2015).

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. , Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série N.o 187, Diário Da Republica 96 (2021).

DGS. (2020). *Monitotização da Qualidade e Segurança. Divisão de Planeamento e Melhoria da Qualidade - Departamento da Qualidade na Saúde*. Obtido de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cqs-reuniao-dez-2019-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Obtido de <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Sistema Nacional de Notificação - Manual do Cidadão Notificador*. 1–38.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais*.

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748. DOI:1988;260:1743-1748

- Dubois, C. A., Damour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, *12*(1). DOI:10.1186/1472-6963-12-286
- Evans, S., Berry, J., Smith, B., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., & DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: A collaborative hospital study. *Quality and Safety in Health Care*, *15*(1), 39–43. DOI:10.1136/qshc.2004.012559
- Fragata, J. I. G. (2010). A segurança dos doentes: Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, *26*, 564–570.
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice. Em *Elsevier* (7th ed., Vol. 17). St. Louis, Missouri.
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., ... Gawande, A. A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, *360*(5), 491–499. DOI:10.1056/nejmsa0810119
- Huber, D. L. (2010). *LeadeRsHip and nuRsing CaRe ManageMent* (4th ed.). Marylandm, Missouri: Saunders.
- Hwang, J.-I., Lee, S.-I., & Park, H.-A. (2012). Barriers to the operation of patient safety incident reporting systems in korean general hospitals. *Healthcare informatics research*, *18*(4), 279–286. DOI:10.4258/hir.2012.18.4.279
- Islam, T., Hutchinson, A. M., & Bucknall, T. K. (2018). Nurse manager risk information management for decision-making: A qualitative analysis. *Collegian*, *25*(4), 401–407. DOI:10.1016/j.colegn.2017.10.009
- Jeffe, D. B., Dunagan, W. C., Garbutt, J., Burroughs, T. E., Gallagher, T. H., Hill, P. R., ... Fraser, V. J. (2004). Using focus groups to understand physicians' and nurses' perspectives on error reporting in hospitals. *Joint Commission journal on quality and safety*, *30*(9), 471–479. Obtido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=15469124&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Jesus, É. H. de, Roque, S. M. B., & Amaral, A. F. S. (2015). *Estudo RN4CAST em portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem*. (January 2016).
- Kepner, S., & Jones, R. (2021). 2020 Pennsylvania Patient Safety Reporting: An Analysis of Serious Events and Incidents From the Nation's Largest Event Reporting Database. Em *Patient Safety Journal* (Vol. 3).

DOI:10.33940/data/2021.6.1

- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176–188. DOI:10.1002/nur.10032
- Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55(1), 1–9. DOI:10.1097/00006199-200601000-00001
- Leape, L. L. (2002). Health Policy Report - Reporting of Adverse Events. *New England Journal of Medicine*, 347(20), 1633–1638. Obtido de <https://search-proquest-com.libraryproxy.griffith.edu.au/docview/220133246/fulltextPDF/BC1502128D5041B5PQ/1?accountid=14543>
- Lee, E. (2017). Reporting of medication administration errors by nurses in South Korean hospitals. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 29(5), 728–734. DOI:10.1093/intqhc/mzx096
- Lee, W., Kim, S. Y., Lee, S. il, Lee, S. G., Kim, H. C., & Kim, I. (2018). Barriers to reporting of patient safety incidents in tertiary hospitals: A qualitative study of nurses and resident physicians in South Korea. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(4), 1178–1188. DOI:10.1002/hpm.2616
- Lima, S. M. S., Agostinho, M., Mota, L., & Príncipe, F. (2018). Health professionals' perception of the limitations to the notification of the error/adverse event. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 99–106. Obtido de <http://10.0.49.163/RIV18023>
- Lohr, K. N., & Harris-Wehling, J. (1991). Medicare: A Strategy For Quality Assurance, I: A Recapitulation of the Study and a Definition of Quality of Care. *Quality Review Bulletin*, 17(1), 6–9.
- Lucas, P., & Nunes, E. (2020). Ambiente da prática de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: revisão scoping. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1–8. DOI:10.1590/0034-7167-2019-0479
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application* (9^o). Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Ministério da Saúde. (2018). *Relatório Social Do Ministério Da Saúde E Do Serviço Nacional De Saúde*. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatório-Social-MS_SNS-2018-002.pdf

- Mitchell, P. H. (2008). Defining Patient Safety and Quality Care. Em *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 1–5). Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43–46.
- NHS. (2020). *NRLS organisation patient safety incident reports: commentary*. Obtido de <https://report.nrls.nhs.uk/ExplorerTool/>
- OMS. (2002). Quality of care : patient safety. *Fifty-With World Health Assembly*, (A55/13), 1–6. Obtido de <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf>
- OMS. (2005). Who Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. Em *World Alliance for Patient Safety*. Genebra.
- OMS. (2009a). Global Priorities for Patient Safety Research. Better knowledge for Safer Care. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*, 12. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44205/1/9789241598620_eng.pdf
- OMS. (2009b). *Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Obtido de http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- OMS. (2018). Handbook For National Quality Policy and Strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Em *WHO*. Obtido de http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps_handbook/en/
- OMS. (2020a). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra.
- OMS. (2020b). *Sistemas de Notificação e Aprendizagem de Incidentes de Segurança do Doente: Relatório técnico e orientações Tradução Fernando Alves Esbérard*. Mizuno 2021.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. DOI:10.1017/CBO9781107415324.004
- Paiva, M. S., Marques, C., Popim, R. C., Melleiro, M. M., Rizatto Tronchim, D. M., Molina Lima, S. A., ... Juliani, C. M. C. M. (2014). The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 22(5), 747–754. DOI:10.1590/0104-1169.3556.2476
- Pfeiffer, Y., Briner, M., Wehner, T., & Manser, T. (2013). Motivational antecedents of

- incident reporting: Evidence from a survey of nurses and physicians. *Swiss Medical Weekly*, 143. DOI:10.4414/smw.2013.13881
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice. Em T. Point (Ed.), *AORN Journal* (8th ed., Vol. 95). Connecticut: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Porto, S., Martins, M., Mendes, W., & Travassos, C. (2010). A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 74–80.
- Ranganathan, P., & Aggarwal, R. (2018). Study designs: Part 1-An overview and classification. *Perspectives in Clinical Research*, 9(4), 184–186. DOI:10.4103/picr.PICR_124_18
- Regulamento n.º 101/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. , Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série — N.º 48, 48 Diário da República 5948 (2015).
- Regulamento n.º 101/2015: Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. , Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série — N.º 48, N.º 48 Diário da República 5948 (2015).
- Regulamento n.º 76/2018. , Pub. L. No. Diário da República, 2ª Série Nº 21, Diário da República 3478 (2018).
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Nunes, C., & Leite, E. S. (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: A contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Services Research*, 14, 1–6. DOI:10.1186/1472-6963-14-311
- Throckmorton, T., & Etchegaray, J. (2007). Factors Affecting Incident Reporting by Registered Nurses: The Relationship of Perceptions of the Environment for Reporting Errors, Knowledge of the Nursing Practice Act, and Demographics on Intent to Report Errors. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 22(6), 400–412. DOI:10.1016/j.jopan.2007.09.006
- Tricarico, P., Castriotta, L., Battistella, C., Bellomo, F., Cattani, G., Grillone, L., ... Brusaferrò, S. (2017). Professional attitudes toward incident reporting: can we measure and compare improvements in patient safety culture? *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 243–249. DOI:10.1093/intqhc/mzx004
- Ustá, V. (2019). *Monitotização da Qualidade e Segurança*. Obtido de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cqs-reuniao-dez-2019-pdf.aspx>

- Wang, S.-C., Li, Y.-C., & Huang, H.-C. (2013). The effect of a workflow-based response system on hospital-wide voluntary incident reporting rates. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 25(1), 35–42. DOI:10.1093/intqhc/mzs078
- Wang, X., Liu, K., You, L., Xiang, J., Hu, H., Zhang, L., ... Zhu, X. (2014). The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1114–1122. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007

APÊNDICES

Apêndice I – Formulário de solicitação de colaboração com DQS

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE COLABORAÇÃO COM O DGS

REQUERENTE

Nome completo: **José Luis Teixeira da Costa**

Morada completa:

N.º de identificação civil: :

NIF:

Contacto telefónico: :

Email: :

INSTITUIÇÃO

Instituição: **Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)**

Morada completa: **Avenida Professor Egas Moniz, 1600-190 Lisboa**

N.º de Pessoa Coletiva / NIF:

Responsável pelo tratamento dos dados: **José Luis Teixeira da Costa**

Coordenador / Orientador do estudo ou investigação: **Profª Filomena Gaspar**

N.º de identificação civil:

NIF:

Contacto telefónico:

Email:

PEDIDO DE COLABORAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Nome do Projeto: **Avaliação do PNSD 2015-2020 no âmbito do protocolo Escola Superior de Enfermagem**

de Lisboa/Direção Geral da Saúde – OE - 8

Objetivos do estudo/investigação: **Avaliar e analisar o OEB – Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes**

Âmbito da participação da DGS: **disponibilização dos dados em estudo, anonimizados**

Entidades e Instituições participantes /patrocinadoras do estudo /investigação:

PEDIDO DE CEDÊNCIA DE DADOS ANONIMIZADOS

Solicito que me seja disponibilizado, para o seguinte contacto:

É relativo ao período entre _____ e _____, os seguintes dados (indicadores/variáveis):

Relativo ao Objetivo Estratégico nº 8

Mais informo que os mesmos se destinam exclusivamente a: **estudo dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020**

Entidades e Instituições participantes /patrocinadoras do estudo /investigação:

Comprometo-me a:

- Utilizar os dados apenas para os fins acima identificados;
- Recorrer apenas à informação necessária e pertinente à finalidade acima identificada;

- Respeitar a legislação relativa à proteção de dados e ao segredo estatístico;
- Não utilizar os dados para fins comerciais;
- Não ceder, não encaminhar, não copiar, nem vender os dados a terceiros;
- Não falsear nem alterar os dados;
- Não utilizar os dados disponibilizados para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição;
- Ser o único responsável pelos dados e indicadores que calcular a partir dos dados disponibilizados;
- Suportar eventuais encargos financeiros com a disponibilização e o eventual tratamento dos dados;
- Mencionar sempre a fonte dos dados (dados fornecidos pela Direção-Geral da Saúde) e identificar a respetiva base de dados;
- Dar conhecimento prévio à Direção-Geral da Saúde dos resultados do estudo / investigação, bem como das publicações geradas;
- Informar a Direção-Geral da Saúde de qualquer violação ou falha das normas de confidencialidade e de acesso que ponha em causa a proteção de dados.

Solicitei e anexo os seguintes documentos (se aplicável)

- Protocolo de Investigação
- Autorização para realização do estudo por parte da entidade de acolhimento do investigador
- Aprovação pela Comissão de Ética
- Aprovação pela Comissão Nacional de Proteção de Dados

Data: 12-07-2020 | Assinatura:

João Luís Teixeira de Brito

AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DO DQS

- Aprovo a participação do DQS no Projeto de Investigação acima mencionado e designo o colaborador _____ como ponto de contato para este projeto.
- Não aprovo a participação do DQS no Projeto de Investigação acima mencionado.
- Autorizo a cedência de dados, porque os dados solicitados são anonimizados, está protegida a sua confidencialidade, e a finalidade da cedência dos mesmos prende-se com razões de interesse público, científico e de investigação.
- Não autorizo a cedência de dados.

Data:

Assinatura:

Apêndice II – Declaração de sigilo e confidencialidade

DECLARAÇÃO DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

José Luís Teixeira da Costa, portador do documento de identificação n.º _____ colaborador (a) no Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, relativamente aos dados pessoais sensíveis a que tem acesso, em virtude do desempenho da sua atividade profissional, compromete-se a:

- Não revelar os dados pessoais e clínicos a terceiros;
- Utilizar os dados pessoais e clínicos apenas para os fins estritamente necessários para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Recorrer apenas aos dados pessoais e clínicos necessários e pertinentes para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Não copiar, nem replicar informação com dados pessoais e clínicos;
- Respeitar a legislação relativa à proteção de dados pessoais, dados de saúde e ao segredo estatístico;
- Não utilizar os dados para fins comerciais;
- Não ceder, não encaminhar, não copiar, nem vender os dados a terceiros;
- Não falsear nem alterar os dados;
- Utilizar os dados disponibilizados para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição apenas para os fins estritamente necessários para o exercício das respetivas funções ou tarefas;
- Informar a Direção-Geral da Saúde de qualquer violação ou falha das normas de confidencialidade e de acesso que ponha em causa a proteção de dados;
- Abster-se e informar a Direção-Geral da Saúde sempre que haja conflito de interesses;

Manter o dever de sigilo e de confidencialidade mesmo após o termo de funções, cessando tal dever apenas nos termos legalmente previstos.

Lisboa, 7 /10 /2020


(Assinatura conforme consta no documento de identificação)