

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem

SEGURANÇA DO DOENTE EM PSIQUIATRIA: PROCESSO DE GESTÃO

Dissertação

Daniel Nunes Mota Ferreira

Porto, 2021



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem

SEGURANÇA DO DOENTE EM PSIQUIATRIA:  
PROCESSO DE GESTÃO

PATIENT SAFETY IN PSYCHIATRY: MANAGEMENT  
PROCESS

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria  
Manuela Ferreira Pereira Silva Martins

Daniel Nunes Mota Ferreira

Porto, 2021



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Martins pela sábia e motivacional orientação, pelas sugestões e críticas, pela partilha de conhecimentos, pela disponibilidade permanente, paciência, atenção e compreensão que foram determinantes na realização deste trabalho.

Aos Enfermeiros participantes no estudo, que amavelmente se disponibilizaram a partilhar as suas experiências.

À minha Mãe Maria de Fátima, maior impulsionadora e incentivadora para realizar este trabalho, por tudo, desde o auxílio na transcrição dos áudios das entrevistas à força e coragem transmitidas para o terminar.

Ao meu Pai José e à minha esposa Delfina pela paciência, constante incentivo e apoio na superação das dificuldades que surgiram ao longo desta jornada.

Ao meu filho David pelo tempo e atenção que lhe foi privado.



## ABREVIATURAS / SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CNQ - Conselho Nacional da Qualidade

DGS - Direção Geral da Saúde

D.R. - Diário da República

EAs - Eventos adversos

EU - União Europeia

ICN - International Council of Nurses

IOM - Institute of Medicine

IPQ - Instituto Português da Qualidade

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

ISQUA - International Society for Quality Assurance

ISO - International Standards Organization

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

KFHQS - King's Found Health Quality

MS - Ministério da Saúde

NCC MERP - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

NCNA - North Carolina Nurses Association

NPSA - National Patient Safety Agency

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCA - Pesquisa Convergente Assistencial

PDCA - Plan, Do, Check, Act

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RCA - Root Cause Analysis

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SEIPS - Systems Engineering Initiative for Patient Safety

SNS - Serviço Nacional de Saúde

WHO - World Health Organization

## RESUMO

Nos dias que correm a promoção da segurança tem sido um centro de investimento por parte das Instituições prestadoras de cuidados de saúde e, por arrasto, por parte dos seus profissionais. Os enfermeiros assumem um papel decisivo nesses cuidados de saúde prestados à população pois estão munidos de competências nas áreas da gestão do risco, clínico e não clínico, tendo responsabilidade na promoção de ambientes seguros.

O presente trabalho tem como finalidade contribuir para melhorar a segurança dos doentes de foro psiquiátrico. Foram delineados os seguintes objetivos: compreender o processo de gestão desenvolvido no serviço de psiquiatria para garantir a segurança do doente; conhecer as preocupações específicas dos enfermeiros sobre as questões de segurança do doente em psiquiatria; identificar os processos de segurança descritos pelos enfermeiros na assistência em psiquiatria; identificar como os enfermeiros priorizam os riscos de segurança específicos dos doentes em psiquiatria; identificar instrumentos para controlo da segurança dos doentes.

Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado na teoria de Donabedian e James Reason, realizado através de entrevista semiestruturada a vinte e sete enfermeiros (generalistas, especialistas e gestores) de um hospital psiquiátrico da região norte de Portugal, com uma amostra por conveniência. A análise de conteúdo desenvolveu-se a partir do modelo de análise de Bardin, com recurso ao *software* ATLAS.ti.

Da análise dos dados foi possível reconhecer a relação entre a qualidade e a segurança evidente nas condições de segurança expostas pelos participantes e que refletem os constituintes do modelo de Donabedian: estrutura, processo e resultado. Para a monitorização da segurança identificaram três categorias: escalas, satisfação do utente e auditorias. Na abordagem ao erro seis categorias, que se distribuem de acordo com a sua natureza sistémica ou individual articulando-se com a proposta de Reason. As intervenções e estratégias dos enfermeiros são maioritariamente de natureza sistémica e menos individual, o que demonstra uma intervenção direcionada para a mudança. Estes revelaram ainda grande adesão à notificação de eventos adversos (EAs) e a preocupação em se analisar e procurar ações de prevenção de incidentes futuros. Nas áreas indicadas como prioritárias para a segurança dos utentes identificaram-se dezasseis categorias que evidenciaram conhecimento dos principais problemas de segurança relatados na literatura.

Acreditamos ter agrupado informações que cooperarão para desenvolver ações escoradas de monitorização, coadjuvar a melhoria continua e os processos de tomadas de decisão dos enfermeiros.

Palavras- chave: Segurança do Doente, Cuidados de Enfermagem, Gestão, Psiquiatria.



## ABSTRACT

Nowadays, the promotion of safety has been an investment on the behalf of the institutions providing health care and on the behalf of their professionals. Nurses have an important role on that matter, because they are equipped with skills in the areas of risk management, being it clinical and non-clinical, having the responsibility to promote safe environments.

The present research project aims to contribute to improving the safety of psychiatric patients. The following objectives were outlined: to understand the management process developed on a psychiatric service to ensure patient safety; to identify nurses concerns about patient safety issues in psychiatry; to identify the safety processes described by nurses in psychiatric care; to identify how nurses prioritize the specific safety risks of patients in psychiatry; to identify instruments to control patient safety.

This is a qualitative study based on the theory of Donabedian and James Reason, conducted through semi-structured interviews with twenty-seven nurses (general practitioners, specialists and managers) at a psychiatric hospital in the northern region of Portugal, with a sample of convenience. Content analysis was developed based on Bardin's analysis model, using the ATLAS.ti software.

From the data analysis, it was possible to see that the relationship between quality and safety is clear in the safety conditions mentioned by the participants and which reflect the constituents of the Donabedian model: structure, process and result. For security monitoring, three categories were identified: scales, user satisfaction and audits. In the approach to error, six categories, which are distributed according to their systemic or individual nature, articulating with Reason's proposal. Nurses interventions and strategies are mostly systemic and less individual, which demonstrates an intervention that aims change. They also revealed great adherence to the notification process of adverse events and the concern to analyze and look for actions to prevent future incidents. In the areas identified as priorities when it comes to the safety of users, sixteen categories were identified, these were also reported in literature.

We believe that we have grouped information that will cooperate to the development of sustained monitoring actions, and that will assist continuous improvement nursing and on the process of decision making by nurses.

**Keywords:** Patient Safety, Nursing Care, Management, Psychiatry.



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	13
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA GESTÃO DA SEGURANÇA NOS SERVIÇOS.....	17
1.1. Política de segurança nos cuidados hospitalares .....	24
1.2. Cultura de segurança do doente .....	25
1.3. Modelos explicativos da segurança do doente .....	26
1.3.1. Root Cause Analysis .....	27
1.3.2. Modelo de avaliação da qualidade de Donabedian .....	28
1.3.3. Modelo de “queijo suíço” de Reason.....	29
1.3.4. Modelo <i>Systems Engineering Initiative for Patient Safety</i> (SEIPS) .....	30
1.4. Ciclo de Deming .....	32
1.5. Pesquisa Convergente Assistencial.....	34
1.6. Legislação para a segurança .....	37
2. TRABALHO DE CAMPO - SEGURANÇA DO DOENTE EM PSIQUIATRIA .....	43
2.1. Questões de investigação.....	44
2.2. População e participantes no estudo .....	45
2.3. Instrumento de recolha de dados e procedimentos.....	47
2.4. Estratégia para a análise de dados.....	49
2.5. Procedimentos formais/ implicações éticas.....	50
3. OLHARES COM FUTURO PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES DE PSIQUIATRIA .....	53
3.1. A qualidade e a segurança do doente em psiquiatria .....	53
3.1.1 Estrutura .....	56
3.1.2. Processo .....	59
3.1.3. Resultados .....	60
3.2. Como monitorizar a segurança? .....	61
3.3. O erro na visão do gestor .....	65
3.3.1. Abordagem individual.....	67
3.3.2. Abordagem sistémica .....	68

3.4. Áreas prioritárias na segurança do doente .....	70
3.5. Estratégias para a segurança do doente .....	78
3.6. Riscos no serviço de psiquiatria .....	85
4. CONSTRUIR O PROCESSO DE SEGURANÇA DO DOENTE EM PSIQUIATRIA .....	95
5. CONCLUSÃO .....	101
BIBLIOGRAFIA.....	105
ANEXOS .....	121

Anexo 1: Guião da Entrevista

Anexo 2: Consentimento Informado

Anexo 3: Pedido de autorização para a realização do estudo dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital escolhido

Anexo 4 - Autorização do Conselho de Administração para a realização da investigação

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Objetivos estratégicos e respectivas ações do PNSD 2015-2020.....	40
TABELA 2: Caracterização dos participantes .....	46
TABELA 3: Dos Objetivos às questões da entrevista .....	48
TABELA 4: Definições no âmbito do erro .....	65
TABELA 5: Resultados obtidos no âmbito dos riscos específicos na psiquiatria .....	87

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Diagrama de Ishikawa.....	28
FIGURA 2: Modelo de “queijo suíço” .....	29
FIGURA 3: Modelo de análise do sistema de trabalho para a segurança do doente (SEIPS) .....	32
FIGURA 4: Ciclo PDCA ou Ciclo de Deming .....	33
FIGURA 5: Critérios da Pesquisa Convergente Assistencial .....	35
FIGURA 6: Desenho da metodologia do estudo .....	44
FIGURA 7: Desenho da metodologia de análise de dados .....	50
FIGURA 8: Modelo de avaliação da qualidade de Donabedian (2003) .....	54
FIGURA 9: Condições de segurança .....	55
FIGURA 10: Categorias identificadas no âmbito da Monitorização .....	62
FIGURA 11: Categorias identificadas no âmbito do erro .....	67
FIGURA 12: Categorias identificadas no âmbito das áreas prioritárias na segurança do utente .....	71
FIGURA 13: Os cinco passos da gestão de risco da NPSA .....	79
FIGURA 14: Categorias identificadas no âmbito da segurança dos utentes .....	80
FIGURA 15: Categorias identificadas no âmbito dos riscos na psiquiatria .....	86
FIGURA 16: Nuvem de palavras da área riscos na psiquiatria .....	93
FIGURA 17: Esquema síntese da gestão da segurança num serviço de psiquiatria .....	96

## INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar é desenvolvido num sistema complexo e dinâmico, onde os profissionais não estão livres de errar. Constata-se que com os progressos científicos e tecnológicos a capacidade clínica de tratar situações mais graves desenvolveu-se mas, concomitantemente, aumentou a “complexidade dos cuidados, potenciando o risco de ocorrerem falhas nas práticas profissionais, capazes de comprometer a segurança dos doentes. Assim, as organizações são permanentemente desafiadas a melhorar a sua capacidade de gerir o risco associado à prestação de cuidados e a garantir que são tão seguras quanto possível, quer para doentes quer para profissionais” (DONALDSON, 2000 cit por CASTILHO, 2014).

A problemática da Segurança do Doente afeta vários países, independentemente do seu nível de desenvolvimento, encontrando-se no topo das prioridades das agendas políticas de saúde, sendo assim um dos grandes desafios para a saúde no século XXI. A Cultura de Segurança do Doente mostra-se como um elemento estruturante da qualidade em saúde, sendo definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2015).

A Segurança do Doente é da responsabilidade dos vários envolvidos no processo de cuidados mas a “Enfermagem desempenha um papel chave no desenvolvimento de cuidados de saúde seguros, uma vez que os enfermeiros gerem muitos dos fatores ambientais, asseguram a continuidade dos cuidados durante o internamento, articulam a sua atividade com os diversos profissionais e prestam a maior parte dos cuidados diretos ao doente, assumindo um importante papel de integrador e coordenador de cuidados” (BENNER *et al.*, 2002; PAGE, 2004 cit por CASTILHO, 2014).

Esta pode ser definida como a não exposição do doente ao dano desnecessário, real ou potencial, associado à prestação de cuidados de saúde, desejando a redução do risco para um mínimo aceitável (MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), 2011).

“Nos últimos anos vários estudos têm procurado evidência científica que sustente a identificação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (BENNER *et al.*, 2002, 2010; SAVITZ, JONES & BERNARD, 2005). Reconhecendo que no contexto multidisciplinar da prestação de cuidados, este desígnio não tem sido fácil de alcançar, existe já um consenso internacional sobre vários indicadores que associam determinados eventos adversos aos cuidados de enfermagem, nomeadamente erros de medicação, úlceras de

pressão, quedas e algumas infeções adquiridas no contexto da prestação de cuidados” (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY INDICATORS, 2002, 2003; MILLAR & MATTKE, 2004; MONTALVO, 2007; NATIONAL DATABASE OF NURSING QUALITY INDICATORS, 2010 cit por CASTILHO, 2014).

“Os enfermeiros constituem reconhecidamente um fator crítico da qualidade do atendimento ao doente internado, no entanto, é inegável que a complexidade resultante do entrelaçar de vários processos e vários profissionais produz um contexto facilitador da ocorrência do erro. Consciente que as alterações no contexto de trabalho dos enfermeiros podem influenciar a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes, o *International Council of Nursing* (ICN) enunciou um conjunto de posições, advogando o desenvolvimento de contextos favoráveis à prática de enfermagem” (ICN, 2004, 2006 cit por CASTILHO, 2014).

Enquanto enfermeiro, com formação especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, a exercer nessa área, a qualidade dos cuidados, particularmente, a segurança do doente, tem sido uma área que me inquieta. Os serviços de psiquiatria são complexos e instáveis, requerendo uma forte e permanente capacidade de adaptação às múltiplas patologias, procedimentos e percursos diagnósticos e terapêuticos. Requerem uma gestão atenta e inovadora, tendo em conta os numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados. A gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada, sendo que a sua eficácia assenta na implicação ativa de três grandes funções: gestão, acompanhamento e operacional (MS, 2011).

Neste contexto, de preocupação pela qualidade dos cuidados e segurança do doente (cerne da prática para os prestadores de cuidados), nasce a necessidade de produzir conhecimento nesta área, contribuindo para melhorar a segurança dos doentes de foro psiquiátrico através de um instrumento de monitorização. Assim sendo, pretendo compreender de que modo é feita a organização dos cuidados, num Hospital psiquiátrico da zona Norte, para o garantir da segurança do doente. Posto isto, pretendo dar resposta à pergunta de investigação: Quais as particularidades na organização dos cuidados para garantir a segurança do doente no serviço de psiquiatria?

Para dar resposta à pergunta de investigação desenvolveremos uma pesquisa qualitativa depois de compreender que o processo de segurança está estreitamente ligado à qualidade, servindo-nos de trilha os modelos de Donabedian e Reason.

Com o presente trabalho pretendemos sintetizar o conhecimento sobre o problema da segurança do doente nos serviços de psiquiatria, descrever o processo de pesquisa e seus resultados. Assim sendo, criamos um primeiro capítulo com o enquadramento teórico, onde se procede à ordenação dos conhecimentos e conceitos extraídos de documentos consultados, formando o suporte teórico para análise posterior das questões de

investigação. Em seguida é abordada a metodologia utilizada, onde fazemos referência às questões de investigação, população e participantes no estudo, instrumentos de recolha de dados e procedimentos, estratégias para a análise de dados e as implicações éticas. Finalmente temos o despontar dos resultados comparados com o estado da arte sobre o tema.

Ao longo do trabalho iremos utilizar tanto o termo doente como utente, na medida em que o termo doente é o comumente utilizado pelos participantes e mesmo pela DGS quando redigiu a “Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente”. O termo utente pois é o que mais me agrada e com o qual mais me identifico.

Vamos transferir para o documento atual, por um lado, o processo de aprendizagem sobre investigação e por outro lado, os resultados obtidos com o trabalho de campo acreditando assim contribuir para conhecimento novo na área da gestão centrada nas questões de segurança.



## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA GESTÃO DA SEGURANÇA NOS SERVIÇOS

A relevância e preocupação com a qualidade são partilhadas por distintas áreas. Nas últimas décadas, por influência do progresso nas práticas do setor industrial, desenvolveu-se uma tendência crescente de interesse pela qualidade dos serviços de saúde. Esta tornou-se uma prioridade para os gestores, profissionais e utentes. Atualmente há um elevado investimento por parte das instituições de saúde na melhoria da qualidade dos cuidados prestados através de processos de acreditação.

Qualquer intervenção no campo da saúde produz apreciações, questões ou preocupações sobre a qualidade, seja numa perspetiva global e genérica, seja nas suas dimensões e atributos (COSTA, 2014). Na Carta de Tallinn, intitulada *“Os Sistemas de Saúde pela Saúde e Prosperidade”*, aprovada em 27 de Junho de 2008 pelos Estados Membros da região europeia da OMS, podemos ver que *“os doentes querem ter acesso a cuidados de qualidade, e a que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada”* (SILVA & DOMINGOS, 2008).

“Entende-se por segurança do doente, a não exposição do doente ao dano desnecessário, real ou potencial, associado à prestação de cuidados de saúde, ambicionando a redução do risco para um mínimo aceitável” (CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA, 2009; WHO, 2009b; MS, 2011 cit por CASTILHO, 2014). “A segurança dos cuidados hospitalares emerge da interação dos vários componentes que constituem a organização. Exige uma análise do conjunto global, complexo e interdependente, que constitui o sistema, onde as pessoas, processos e equipamentos, interagem articuladamente, de forma a reduzir o risco associado aos cuidados de saúde para níveis aceitáveis” (MS, 2011 cit por CASTILHO, 2014).

A preocupação com a qualidade remonta a tempos longínquos, tornando-se também uma prioridade no campo da saúde. No final do século XIX Florence Nightingale, após implementar rígidos padrões sanitários durante a Guerra da Crimeia, conseguiu reduzir a taxa de mortalidade, estabelecendo assim o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde (COSTA, 2014).

Ernest Codman, médico de Boston, no início do século XX abordou a questão do erro ao agrupar os erros por tipo e introduzir o follow-up nos doentes operados, que eram avaliados um ano após a alta clínica, para avaliação dos objetivos da intervenção cirúrgica (DIAS, 2014). Desempenhou um papel fundamental ao identificar a necessidade de analisar os resultados das suas cirurgias, incitando assim médicos e organizações de saúde a

assumirem a responsabilidade pelos seus doentes. Assim, propôs o primeiro método de monitorização de resultados dos cuidados, com o argumento de ser primordial verificar se o cuidado prestado foi efetivo (FRAGATA, 2006; TRAVASSOS & CALDAS, 2013).

Embora pessoas notáveis como Nightingale e Codman se tivessem começado a preocupar com a qualidade dos cuidados, a recolha de dados para avaliar resultados só começou a ter expressão nos Estados Unidos a partir do final da década de 70 do século passado (DIAS, 2014).

O conceito de qualidade tem-se transformado com o passar dos anos, incorporando novos parâmetros. Modifica o seu significado conforme a evolução das necessidades e expectativas dos utentes (GAMA & SATURNO, 2013). “Em 1990, o *Institute of Medicine (IOM)* define qualidade em saúde, como o grau com que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados, de acordo com o conhecimento profissional corrente. Orientado por esta definição, identificou três categorias que, de modo geral, englobam os problemas de qualidade nos serviços de saúde: (i) sobre utilização, (ii) utilização inadequada e (iii) subutilização” (CAMPOS, *et al.*, 2010; TRAVASSOS & CALDAS, 2013 cit por COSTA, 2014). “Um aspeto importante desta definição é a compreensão de que a qualidade não depende de um só fator mas sim de várias dimensões ou atributos, logo, cada organização deve escolher os seus atributos alvo que definirão a qualidade” (GAMA & SATURNO, 2013; FRAGATA, 2006; IOM, 1999; WACHTER, 2012 cit por COSTA, 2014).

Para Costa (2014), cada organização deverá definir quais os atributos alvo que vão definir a qualidade. “Como refere WACHTER (2012), já em 2001 o IOM deu um forte contributo para esta questão ao apresentar um grupo de dimensões que serviu de base para a construção de indicadores de qualidade em diversas partes do mundo, sendo estas: segurança (evitar lesões aos pacientes do cuidado que se destina a ajudá-los), efetividade (prestação de serviços baseados no conhecimento científico a todos os que podem beneficiar destes e abstendo-se da prestação de serviços àqueles que não beneficiarão), centrado no doente (envolve o respeito pelo doente, considerando as suas preferências individuais, necessidades e valores, assegurando que a tomada de decisão clínica se guiará por estes valores), oportunidade/aceso (redução da espera e atrasos, por vezes prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam cuidados de saúde), eficiência (evitando desperdícios de equipamentos, suprimentos, ideias e energia), equidade (prestação de cuidados que não variam em qualidade em função de características como género, etnia, localização geográfica e nível socioeconómico)” (COSTA, 2014).

“Um sistema de saúde que atinge maiores ganhos nestas seis áreas seria muito melhor para atender às necessidades dos doentes. Os doentes experimentariam cuidados mais seguros, mais confiáveis, mais sensíveis às suas necessidades, mais integrados, e mais disponíveis.

Os profissionais de saúde também beneficiariam de uma maior satisfação em ser mais capaz de fazer o seu trabalho e assim, trazer a melhoria da maior longevidade, menos dor e sofrimento, e aumento de produtividade pessoal para aqueles que recebem seus cuidados” (COSTA, 2014).

Recentemente, segundo a OMS, qualidade é “o grau com que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (OMS 2011, p. 17). “Em sentido estrito, não podemos garantir qualidade, mas podemos melhorar os cuidados. A qualidade é dirigida ao doente e praticada por profissionais de saúde habilitados com qualificação própria, sendo frequentemente definida não em termos de saúde do doente, mas em termos do processo que contribui para os cuidados” (SCRIVENS, 2005 cit por DIAS, 2014).

Assume-se hoje que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, que tem um contexto de aplicação local e não é apenas obtida com o exercício profissional dos enfermeiros, mas o exercício profissional destes não pode ser deixado invisível nos esforços para se obter qualidade em saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2002).

Para se obter visibilidade são necessários dados estatísticos do processo de cuidar, pois sem esta informação a contribuição dos cuidados de enfermagem para o processo de cuidar, para a obtenção dos resultados organizacionais e do sistema de saúde, tornam-se invisíveis (DORAN, 2011).

A qualidade deve estar inserida ao mais alto nível da organização e ser “utilizada como instrumento de planeamento dos cuidados e serviço prestados, do controlo estatístico e da melhoria contínua e persistente da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados” (MS, 2011, p. 185). A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é também um desígnio do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011 -2016 (CAMPOS, *et al.*, 2010).

Para Knight (2008), os hospitais que pretendam ser considerados como tendo qualidade e segurança, devem suportar-se em quatro pilares: prática baseada na evidência (devem ser capazes de demonstrar os seus indicadores de cuidados); prevenir as complicações potencialmente evitáveis (evidência de sistemas para prevenir e tratar precocemente as infeções associadas aos cuidados de saúde); cultura de segurança (este é talvez o aspeto mais difícil pela sua transversalidade, sendo exemplos a lavagem das mãos ou a transmissão de informação) e ter um *continuum* de cuidados (forma como o utente é cuidado ao longo do seu percurso e a forma como é acautelada a segurança da informação de saúde).

“Para Delgado (2009, p. 47), a avaliação da “qualidade dos cuidados de saúde é um atributo objetivo, que tem de ser medido, permanentemente acompanhado e sistematicamente melhorado”. Esta avaliação deve basear-se em critérios claros e transparentes, indicadores percetíveis e objetivos e padrões de exigência que credibilizem

as avaliações e deem sinais claros para os utilizadores internos e externos, aos doentes e para o mercado e sociedade em geral. A avaliação da qualidade tem de se suportar em informação objetiva, transparência e responsabilidade, por parte de todos os que intervêm no processo e ainda numa cultura de abertura e disponibilidade e não em práticas individualistas ou não avaliáveis” (DELGADO, 2009 cit por DIAS, 2014). Mas para além de ser medida, a qualidade necessita de ser comparada, não se pode intervir na área da qualidade em saúde se não existirem mecanismos que permitam medir e avaliar a qualidade (SOUSA, 2010) e compará-la com as melhores práticas para se poder retirar as devidas ilações e agir (DELGADO, 2009).

“A ação desencadeada pela avaliação da qualidade traduz-se num ciclo de melhoria contínua com o objetivo de aperfeiçoar procedimentos técnicos, relacionais, organizacionais, assim como a promoção de novas formas de prestação de cuidados, mais adequados às expetativas das pessoas e à própria evolução do conhecimento e da tecnologia” (DELGADO, 2009 cit por DIAS, 2014).

“A relação entre qualidade e segurança do doente é ambígua, no sentido que maximizar o acesso aos cuidados de saúde e reduzir custos, objetivos muito desejados em todas as organizações, podem fazer correr o risco de se reduzir a segurança do doente” (DIAS, 2014).

“A resposta à preocupação de controlar custos é a tendência de reduzir as horas de cuidados prestadas ao doente ou utilizar pessoal menos diferenciado, mas sabemos que a qualidade dos cuidados prestados ao doente irá ser reduzida se as horas de cuidados prestadas e a formação dos profissionais diminuir” (BLEGEN, GOODE, & REED, 1998 cit por DIAS, 2014).

O tema da segurança adquiriu especial “notoriedade após a publicação do relatório *“To err is human: building a safer health care sistem”* pelo IOM em 1999 que despertou atenção para o elevado número de mortes resultantes de erros clínicos evitáveis e para os notórios problemas nos sistemas que se propõem evitá-los, o que deixa a área da saúde uma década ou mais atrás das indústrias de alto risco no que se refere à segurança. Apurou ainda que seria benéfico para a gestão da segurança a implementação de sistemas de relatos voluntários, o desenvolvimento e adoção de padrões e que com a liderança, vigilância e recursos apropriados podem-se fomentar melhorias em segurança” (IOM, 1999 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Os dados revelados nesse relatório obtiveram impacto tal que a segurança em saúde adquiriu prioridade na *World Health Organization* (WHO), OMS e foi fundada em Outubro de 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) que definiu estratégias, diretrizes e objetivos internacionais com o propósito de propagar práticas que defendam a segurança dos cuidados de saúde (WHO, 2017). Assim, o seu objetivo é “despertar a consciência profissional e o comprometimento político para

uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais” (OMS, 2009 p. 6).

Estima-se que anualmente, em todo o planeta, existam 421 milhões de hospitalizações e que ocorrem aproximadamente 43 milhões de incidentes de segurança do utente (JHA, *et al.*, 2013). Segundo “dados de 2008 da OMS, um em cada dez clientes é alvo de erro decorrente do processo de prestação de cuidados. Desses erros, 1/3 causam danos ligeiros a moderados e 5% causam danos graves. A incidência de eventos adversos relacionados com medicação é de 7,5% a 10,4% e causam 140000 mortes anuais só nos Estados Unidos da América. Ocorrem, também, 6,3 eventos adversos relacionados com dispositivos médicos por 1000 clientes/ dia. Os erros do âmbito cirúrgico e anestésico têm uma incidência de 48%, afetam cerca de 2% de todos os clientes hospitalizados e são evitáveis em 74% das vezes. As infeções associadas aos cuidados de saúde são infeções que ocorrem no ambiente de cuidados de saúde, muitas vezes devido ao próprio cuidado, e a taxa de incidência nos países desenvolvidos é de 5% a 10%. As quedas em internamento ocorrem cerca de 4,8 a 8,4 por 1000 clientes por dia e cerca de 30% resultam em lesão. A incidência de úlceras de pressão é de 10% a 14%. Estes erros custam biliões de euros aos sistemas de saúde de todo o mundo, sendo que, mais de metade poderiam ser evitados” (WHO, 2008a cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

Segundo um estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, em 2011, em hospitais portugueses, “a taxa de incidência de eventos adversos é de 11%, o que representa um valor não muito diferente de países como Canadá (7,5%), Dinamarca (9%), Inglaterra (10,8%), Suécia (12,3%) ou Nova Zelândia (12,9%). No entanto 53% das situações foram consideradas evitáveis e em 58,2% das situações verificou-se um prolongamento do período de internamento” (SOUSA, *et al.*, 2011 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Toda esta informação continua a justificar a notoriedade e pertinência que a segurança em cuidados de saúde tem vindo a atingir nas agendas nacionais e internacionais. A segurança do utente é uma área de intervenção inovadora que ao colocar o utente e a sua família no centro, obriga a reinventar o sistema de saúde (SOUSA, *et al.*, 2010 p. 94 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Assim, este tema despertou o interesse dos investigadores e levou ao aumento exponencial da produção científica nos últimos anos. Prevalecem estudos de natureza quantitativa, direcionados para os resultados da prática de cuidados na segurança do utente, nomeadamente os eventos adversos como as quedas, erros de medicação, risco de infeção e menos nos mecanismos de prevenção do erro. No entanto constata-se que ainda há muito a fazer neste âmbito (SILVA, *et al.*, 2016 & SOUSA, *et al.*, 2010).

Internacionalmente é incontestável a importância da segurança nos cuidados de saúde. Reflexo disso é “o investimento na segurança e na investigação para a segurança. Em

Portugal, é premente a necessidade de investimento e promoção desta área, de mobilização de recursos humanos técnicos e financeiros para a construção e reforço da ação formativa e de investigação em segurança do cliente, de acordo com as conclusões da 1.ª reunião sobre investigação em segurança do cliente (promovida pela OMS em conjunto com a União Europeia) realizada em 2007 no Porto” (SOUSA, *et al.*, 2010 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Podemos dizer que se destacam “dois temas prioritários em investigação em segurança do cliente: o conhecimento epidemiológico (frequência, causas, tipologia e impacto dos eventos adversos); e o desenvolvimento, implementação e avaliação de soluções inovadoras” (SOUSA, *et al.*, 2010 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Estas pesquisas têm como principal objetivo reunir conhecimento que possibilite diminuir o risco e, por consequência, fomentar “os níveis de segurança do cliente. Este conhecimento permitirá desenvolver ações sustentadas de monitorização, apoiar a melhoria contínua e os processos de tomadas de decisão política e clínica, a nível local, regional, nacional ou mesmo internacional” (SOUSA, *et al.*, 2010 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

“Neste sentido, para além de estudos que se debrucem a jusante do erro, importa conhecer a orgânica a montante. É neste âmbito que a cultura de segurança desempenha um papel crucial” (CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017). Segundo FRAGATA (2010 p. 566) a cultura organizacional de segurança abrange:

- “Valores partilhados, individuais e de grupo (equipa);
- Perceções;
- Competências;
- Comportamentos e atitudes de segurança;
- Segurança como prioridade imbuída no comportamento diário e transversalmente na prática;
- Resiliência.”

Assim, a cultura de segurança presume “que quem gere uma organização conheça os fatores humanos, organizacionais, técnicos e ambientais que contribuem para a segurança do sistema e que, admitindo que o erro humano existe, reconhece que práticas seguras e um desenho organizacional seguro podem controlar as causas de erros e reduzir muito a ocorrência dos mesmos” (REASON, 1997 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Estudos “sobre a relação entre o desempenho dos enfermeiros gestores e os resultados para o cliente são relativamente recentes e escasseia a monitorização de resultados sobre segurança do cliente e a sua relação com a gestão de enfermagem. No entanto, sugerem evidências de uma relação positiva entre a gestão em enfermagem e a melhoria dos resultados para o cliente: satisfação, diminuição de ocorrência de eventos adversos e

complicações para o cliente” (WONG, *et al.*, 2007 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Entretanto, nas indústrias de alto risco já foi reconhecida “a importância para a segurança do papel dos gestores (FLIN, *et al.*, 2004). Comprovou-se que o desempenho dos gestores está relacionado com o compromisso organizacional com a segurança, comportamentos de segurança dos trabalhadores e a ocorrência de acidentes de trabalho” (FLIN, *et al.*, 2004 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

“Os riscos profissionais que se concretizam em acidentes de trabalho e doenças profissionais podem resultar em incapacidades, morbidades e absentismo com consequente quebra de produção. O absentismo pode ser definido como o somatório dos dias de ausência onde se excluem as faltas dos períodos de férias” (ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE (ACSS), 2015 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

No “Balanço Social Global do MS e Serviço Nacional do Saúde (SNS), de 2014, que representa um instrumento de informação sobre recursos humanos do SNS, 1/3 dos quais são enfermeiros, revela-se que durante o referido ano ocorreram 8164 acidentes de trabalho dos profissionais do SNS, desses, 3433 motivaram 114441 dias de trabalho perdido e ainda 2 óbitos. No que diz respeito à incapacidade para o trabalho, 73,8% dos acidentes de trabalho provocaram incapacidade temporária e absoluta, 23,7% incapacidade temporária e parcial e 25% incapacidade permanente. Nesse mesmo ano a taxa de absentismo em enfermagem foi de 11%, 5,7% da qual sendo devida a acidente de serviço ou doença profissional” (MS, 2014 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Na área da saúde, “mais especificamente em enfermagem, apesar de se comprovar que as práticas dos enfermeiros gestores influenciam a motivação e o desempenho dos enfermeiros, os estudos sobre o desempenho dos gestores de enfermagem na segurança do processo de prestação de cuidados tendem a concentrar-se nos comportamentos de liderança dos enfermeiros em relação à satisfação do trabalho e outros resultados organizacionais. Revelam que envolvem maioritariamente comportamentos orientados para as tarefas e gestão de relações e menos para mudanças (AGNEW, *et al.*, 2014). Além disso, alguns sistemas de gestão de riscos têm evidenciado que os enfermeiros possuem dificuldades na gestão e no controle de riscos, em especial, pelos recursos limitados e a complexidade do trabalho em saúde” (FAROKHZADIAN, *et al.*, 2015 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Mergulhar no fenómeno exigiu compreender conceitos que atravessam os discursos de autores e de práticas diárias, pelos que nos dispomos a aprofundar os mais pertinentes.

## 1.1. Política de segurança nos cuidados hospitalares

O campo da saúde tem evoluído bastante ao longo dos tempos, estando sujeito a desafios para inovar e se modernizar. Com a modernização da prestação de cuidados, com “o aumento das expectativas do cidadão, a alteração do padrão de morbidade, quer pelo aparecimento e/ou recrudescimento de novas doenças agudas, quer pelo aumento da prevalência de doenças crónicas, têm contribuindo decisivamente para uma preocupação crescente com as questões da qualidade neste setor” (CASTILHO, 2014).

A segurança do doente “é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde em todo o mundo, visto que constitui globalmente um grave problema de saúde pública” (REIS, 2013).

“Os avanços científicos e tecnológicos potenciaram a capacidade de tratar e controlar doenças para as quais não existiam respostas eficazes no passado, mas simultaneamente aumentaram a complexidade dos cuidados, potenciando o risco de ocorrerem falhas, capazes de comprometer a segurança dos doentes. Reconhece-se que é impossível eliminar por completo a ocorrência de eventos adversos” (CHEN, WERHANE & MILLS, 2007; TERRY & KAPLAN, 2007; WLODY, 2007 cit por CASTILHO, 2014).

“A OMS mobilizou-se em relação à temática da segurança do doente em 2002, na 55ª Assembleia Mundial da Saúde” (MENDES & BARROSO, 2014). Seguidamente, “com o primeiro relatório em 2003 e em 2004 é criada a primeira edição da Aliança Mundial para a Segurança do Doente, voltada para o desenvolvimento de políticas e práticas em prol da segurança do doente para todos os países membros da EU” (União Europeia) (MENDES & BARROSO, 2014).

“Em 2009 são conhecidas as Recomendações do Conselho Europeu sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde” (MENDES & BARROSO, 2014). Nesse mesmo ano foi publicado o relatório técnico final da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre segurança do doente, sendo traduzido para português em 2011 pela DGS. Tornou-se “o ponto de partida para melhorar progressivamente uma compreensão internacional conjunta de termos e conceitos, permitindo a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação da informação de segurança do doente” (MENDES & BARROSO, 2014).

“Durante algum tempo os projetos de melhoria da qualidade estiveram centrados na qualificação dos recursos humanos, na melhoria dos recursos físicos, numa aposta crescente em meios técnicos cada vez mais sofisticados, como garante da qualidade dos cuidados. (...) A segurança do doente constitui-se assim, uma área incontornável da qualidade em saúde e tem estado na agenda internacional como uma das questões prioritárias (CASTILHO, 2014).

A nível nacional, com o Despacho n.º 14223/2009 temos aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. No dia 16 de Fevereiro de 2009 é criado o Departamento da Qualidade na Saúde, “integrado na DGS, no âmbito da sua autonomia técnica, detém competências nas áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde” (DESPACHO n.º 14233, 2009).

“Neste processo de busca da excelência/ acreditação, as instituições de saúde portuguesas candidatas viram-se obrigadas a uma mudança na sua cultura organizacional, na medida em que novas preocupações surgiram, como por exemplo, a gestão do risco, que passou a fazer parte dos objetivos da organização, criando-se departamentos para a mesma, com equipas próprias” (MENDES & BARROSO, 2014).

## 1.2. Cultura de segurança do doente

“A cultura de segurança é definida pela OMS como um modelo integrado de comportamentos individuais e organizacionais, baseados em crenças e valores partilhados, continuamente perseguido, para minimizar os danos nos doentes que podem resultar da prestação de cuidados” (WHO, 2007; FERNANDES & QUEIRÓS, 2011 cit por CASTILHO, 2014). “A cultura de segurança de uma organização de saúde é produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento, que determinam o compromisso com a segurança, associado ao estilo e competência da gestão da segurança. As organizações contêm, assim, ambiente próprio, recebem influências e influenciam as várias pessoas que nelas atuam, sendo estes mesmos agentes os que contribuem para a formação da cultura da organização (WHO, 2009 cit por CASTILHO, 2014).

“Em 2006, a OE elaborou um documento, onde defende a necessidade de uma cultura positiva sobre a análise do erro e a pedagogia do risco, em que os benefícios, com o conhecimento da realidade, visam a melhoria dos processos e predominam sobre a ideia de punição. Como tem sido sucessivamente reiterado pela OMS, a cultura de segurança deve ser implementada como uma cultura positiva, baseada numa comunicação aberta sobre os problemas de segurança, num efetivo trabalho de equipa, apoiada por líderes organizacionais que fazem da segurança uma prioridade” (WHO, 2008b cit por CASTILHO, 2014).

Segundo Castilho (2014, p. 23-24), “o desenvolvimento da cultura de segurança, de acordo com Donaldson (2000) e Fragata (2010) assenta nos seguintes pilares:

- Cultura justa: não é uma ausência total de culpa, mas uma atmosfera de confiança em que as pessoas são incentivadas a fornecer informações relacionadas com a segurança. Livre de culpa para o erro humano não intencional e definição clara de que os erros resultantes de violação de regras não são aceitáveis;
- Cultura de comunicação: criação de um clima organizacional em que as pessoas se sintam encorajadas para relatar os seus erros ou quase erros, com objetivos de aprendizagem e sem receio de penalização. Com encorajamento da cooperação e do trabalho em equipa;
- Cultura flexível: que respeite as competências e habilidades dos vários elementos da equipa. Com hierarquias flexíveis, que permitem controlo no nível operacional, potenciando a capacidade de agir;
- Cultura de aprendizagem: fomentadora da vontade e competência para analisar a informação do sistema de segurança e implementar as mudanças necessárias.”

Para CASTILHO (2014), segundo EIRAS (2010) que “salienta ainda, como aspeto importante no desenvolvimento da cultura de segurança, a necessidade de se reduzirem os ambientes não seguros. Defende o desenvolvimento de uma cultura proactiva, alicerçada na identificação preventiva de problemas do sistema que podem originar incidentes, na coesão e cooperação entre os profissionais, na responsabilidade coletiva, num clima de permanente aprendizagem. Considera essencial para este desenvolvimento o apoio de uma liderança que assuma a segurança como prioridade.”

### 1.3. Modelos explicativos da segurança do doente

Para que a segurança dos cuidados de saúde seja garantida é obrigatório “que os Enfermeiros gestores conheçam e implementem métodos de avaliação e monitorização. Indissociável que é a segurança da qualidade, vários autores têm aplicado modelos de avaliação da qualidade à avaliação da segurança” (SOUSA, 2006 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Existem vários modelos de análise que suportam a teoria de que os erros e eventos adversos, na prestação de cuidados de saúde, não resultam apenas de atos individuais mas também das características do contexto onde os mesmos ocorrem.

### 1.3.1. Root Cause Analysis

“É uma ferramenta de gestão do risco, amplamente utilizada, com o objetivo de compreender os fatores que intervêm no mecanismo de ocorrência de erros e incidentes de segurança, na área da saúde. (...) Foi recomendada para a análise dos eventos sentinela pela *Joint Commission* (JCAHO) em 1997, mas o seu uso tem sido generalizado na análise dos relatos de Eventos adversos (EAs) ou *near miss*, estimulando-se a identificação dos fatores causais subjacentes à variação no desempenho, incluindo a ocorrência, ou a possibilidade de ocorrência, de um evento adverso” (CASTILHO, 2014).

Para Muniz et al. (2016), a Root Cause Analysis (RCA) “é um processo que demonstra ser indispensável para qualquer organização, pode ser aplicada em todos os segmentos do processo produtivo, em que se precisa eliminar a reincidência de falhas para sair do caráter reativo”. O seu objetivo é identificar a causa raiz no processo para que os problemas identificados nos produtos sejam eliminados.

“A RCA exige que o investigador olhe para além do problema mediato, entenda as causas fundamentais subjacentes e proponha medidas corretivas, que depois de implementadas, evitem a repetição do problema” (CASTILHO, 2014).

Para que a RCA seja concretizada com sucesso devemos definir o problema; se necessário, analisar as falhas; identificar possíveis causas; apurar a real causa, propondo solução para o problema, implantando a solução e acompanhando os resultados (Muniz et al., 2016).

A apresentação dos resultados de uma RCA, em processos complexos, é favorecida pela utilização do diagrama de Ishikawa, também conhecido como diagrama de espinha de peixe ou de causa-raiz (FIGURA 1).

Este diagrama foi desenvolvido na década de 60 pelo engenheiro japonês Ishikawa, onde as causas estão agrupadas em categorias e as setas indicam o fluxo em direção ao evento adverso ou incidente de segurança (AHRQ, (s.d.); CROTEAU (Ed.), 2010 cit por CASTILHO, 2014).

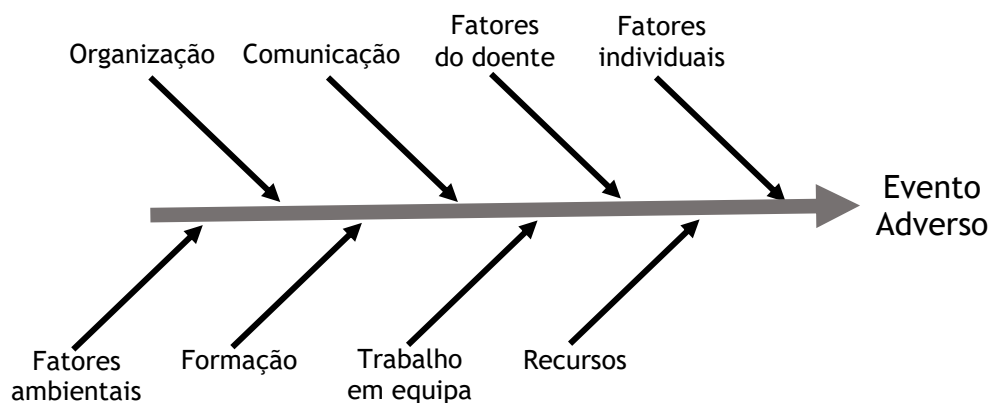


FIGURA 1: Diagrama de Ishikawa

### 1.3.2. Modelo de avaliação da qualidade de Donabedian

Donabedian é considerado por muitos autores o “pai” da avaliação da qualidade, pois desenvolveu um modelo que integra indicadores de estrutura, de processo e de resultado. (SOUZA, PINTO, COSTA & UVA, 2008; CASTILHO, 2014). “Ao refletir sobre a forma como vários estudos avaliavam a qualidade em saúde, chamou a atenção sobre as metodologias usadas na recolha e análise de dados e na forma como estas podiam influenciar a avaliação. (...) Não menosprezando os indicadores de resultado, explicitou que estes davam uma visão muito limitada da realidade, salientando a necessidade de se usarem vários tipos de indicadores” (CASTILHO, 2014).

“A estrutura é caracterizada por aspetos relativamente estáveis, como as instalações, os equipamentos, os profissionais e os recursos que têm a seu alcance, os locais e o modelo de organização do trabalho (...) a tendência é dizer que uma estrutura mais adequada aumenta a probabilidade da assistência prestada ser de melhor qualidade (...) O processo, por sua vez, depende da estrutura e engloba os cuidados diretos, os indiretos e os padrões de comportamento dos profissionais (...) O resultado, ou *outcome*, é considerado como sendo qualquer mudança, favorável ou adversa, no atual ou potencial estado de saúde do indivíduo ou população, decorrente dos atos médicos prestados” (RAMSARAN-FOWDAR, 2005 cit por MATIAS, 2017).

“O modelo de avaliação proposto por Donabedian tem sido largamente utilizado no desenvolvimento de estratégias de melhoria da qualidade em saúde. Depois de algum tempo, em que se deu particular ênfase aos processos e estrutura, Donabedian (1992) reafirmou a necessidade de se valorizar a análise dos resultados. (...) As três componentes do modelo proposto são indissociáveis e que um resultado menos favorável, em princípio,

indicia a existência de problemas a nível de processo ou de estrutura, recomendou uma abordagem global e integrada” (CASTILHO, 2014).

### 1.3.3. Modelo de “queijo suíço” de Reason

“James Reason desenvolveu o modelo de “queijo suíço”, para explicar como os acidentes resultam da inter-relação de atos inseguros realizados pelos indivíduos e de falhas latentes existentes na organização” (FIGURA 2) (CASTILHO, 2014).

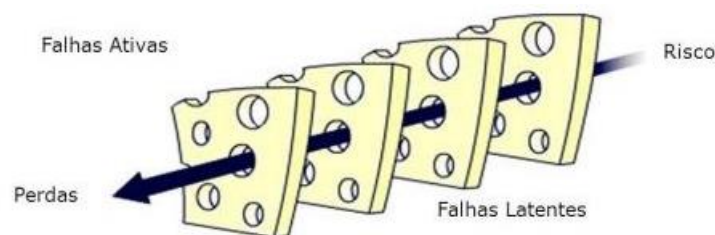


FIGURA 2: Modelo de “queijo suíço”

Este modelo “assume o pressuposto que as pessoas são falíveis, não por quererem ou são mal-intencionadas mas, simplesmente, porque cometer erros faz parte da natureza humana. Assim, admite-se que mesmo os melhores profissionais cometem erros - as falhas ativas. As suas consequências são normalmente visíveis e facilmente identificáveis. Na abordagem individual do erro, apenas estas falhas cometidas pelas pessoas no cenário das operações tendem a ser valorizadas” (CASTILHO, 2014).

“Na abordagem sistémica presume-se que os acidentes e os EAs resultam de uma série de falhas latentes do sistema e de falhas ativas, que antecederam o evento crítico em si. As falhas latentes englobam decisões tomadas noutros níveis da organização, que influenciam o ambiente de trabalho, nomeadamente características dos edifícios, dos equipamentos, da estrutura da equipa de trabalho, entre outras. Estas falhas, embora só por si não provoquem incidentes, tornam o contexto de trabalho menos seguro. As organizações promovem a segurança desenvolvendo barreiras e mecanismos de defesa que minimizam a probabilidade de ocorrerem falhas, quer nos indivíduos, quer nos equipamentos, quer na interação entre estes dois elementos. Estas barreiras desempenham um papel chave na segurança dos sistemas de trabalho. Sistemas de elevada tecnologia desenvolvem sucessivos mecanismos de defesa e barreiras que funcionam em camadas protetoras (as fatias de queijo). Algumas defesas constituem-se como barreiras de engenharia, nomeadamente alarmes que avisam de perigo, sistemas de proteção contra avarias,

barreiras físicas que contêm o perigo. Outras barreiras são desenvolvidas pelas pessoas, que impedem ou corrigem atempadamente falhas ativas e falhas latentes, nomeadamente com normas de orientação claras, supervisão e ações corretoras da trajetória do erro. (...) Embora desenhadas para proteger, os mecanismos de defesa não são impenetráveis e podem ter fragilidades, “buracos”, como o queijo suíço” (FRAGATA & MARTINS, 2005; FRAGATA *et al.*, 2006; REASON, 2000; REASON, *et al.*, 2006 cit por CASTILHO, 2014).

De acordo com este modelo, “o incidente de segurança resulta da conjugação simultânea de falhas ativas, mediadas por erros humanos, falhas latentes na organização e falhas no sistema de defesa. Assim, o alinhamento numa trajetória comum de falhas estruturais, comportamentos ou práticas inseguras e quebra de barreiras, proporciona janelas de oportunidade para a ocorrência do evento adverso” (FRAGATA & MARTINS, 2005; REASON, 2000; REASON, *et al.*, 2006 cit por CASTILHO, 2014). “Porque as falhas humanas são pouco previsíveis e as falhas latentes do sistema são relativamente estáveis, podendo ser diagnosticadas e atempadamente corrigidas, Reason defende um maior enfoque nas falhas sistêmicas” (REASON, 1998, 2000 cit por CASTILHO, 2014). “Algum criticismo a este modelo remete para a excessiva focalização nos fatores sistêmicos” (CASTILHO, 2014).

De acordo com Castilho (2014), Fragatas *et al.* (2006) “salientam o papel dos indivíduos enquanto “heróis” e “salvadores” na compensação e recuperação do erro, quer através da correção dos desvios detetados quer através da utilização do conhecimento para explorar novas situações, compensando a falha ocorrida. Evidenciam que, na área da saúde, a melhoria da segurança passa também pelo desenvolvimento desta capacidade nos recursos humanos da organização, considerando que, frequentemente, estes são as últimas e as mais importantes defesas.” “Reason (2008), analisa o contributo dos indivíduos no desenvolvimento de sistemas de trabalho mais seguros e resilientes, considerando que em organizações complexas existe sempre uma grande oportunidade para a ocorrência de falhas ativas e latentes e que se observam melhores níveis de segurança em organizações onde as pessoas desenvolveram maior capacidade de remediar os incidentes. No entanto, não deixa de referir que, apesar de muitas vezes os profissionais serem verdadeiros heróis na resolução dos problemas que emergem, mesmo os melhores profissionais têm os seus dias maus” (CASTILHO, 2014).

#### 1.3.4. Modelo *Systems Engineering Initiative for Patient Safety* (SEIPS)

Este modelo “foi desenvolvido pela universidade de Wisconsin-Madison, no âmbito de um programa de investigação em segurança do doente, (...) assume que a segurança do doente é determinada pela forma como o sistema de trabalho e os vários processos, incluindo os processos de cuidados ao doente, são desenhados” (CARAYON, ALVARADO, HUNDT,

SPRINGMAN & BORGSDORF, 2005 cit por CASTILHO, 2014). “Nesta perspectiva, considera-se que o desenho do sistema de trabalho influencia os resultados individuais e organizacionais, como por exemplo, a satisfação no trabalho e a *performance* organizacional e que estes resultados se relacionam com os resultados na segurança dos doentes” (CARAYON, HUNDT, ALVARADO, SPRINGMAN & AYOUB, 2006 cit por CASTILHO, 2014). “A interação entre as pessoas e o ambiente de trabalho contribui para a *performance*, saúde, segurança, qualidade de vida no trabalho, para além da produção de bens ou serviços” (CARAYON, HUNT, KARSH *et al.*, 2006 cit por CASTILHO, 2014). “De acordo com este modelo o sistema de trabalho é composto por pessoas (profissionais, doentes), organização, tarefas, ferramentas e tecnologia e ambiente físico” (CASTILHO, 2014).

“Em cada componente do sistema de trabalho podem ser analisados vários elementos, de acordo com o objetivo e o contexto da análise. Relativamente à pessoa, são elementos de análise, as características dos indivíduos, por exemplo, nível de formação, competências, características psicológicas e físicas. Na organização, poderão ser analisados o trabalho de equipa, comunicação, supervisão, liderança, cultura organizacional. A análise das tarefas poderá incluir a variedade, a exigência cognitiva, a carga de trabalho, a autonomia. Na tecnologia e ferramentas, a análise poderá centrar-se na existência de equipamentos informáticos, nos sistemas de apoio à decisão, na adequação dos materiais. O ambiente físico refere-se a elementos como adequação da luz, temperatura, ruído, espaço de trabalho” (CASTILHO, 2014).

“O SEIPS considera que os elementos do sistema de trabalho interagem uns com os outros, influenciam-se mutuamente, conduzindo a diferentes resultados de *performance*, ao nível dos processos (...) e ao nível dos resultados. O modelo incorpora na análise dos resultados, para além dos avaliados no doente (ex. estado de saúde, satisfação com a qualidade dos cuidados) os avaliados no profissional (ex. motivação, satisfação no trabalho, *stress* laboral) e os avaliados na organização (indicadores de saúde organizacional, nomeadamente *turnover*). Assume que os resultados no doente estão associados aos resultados no trabalhador e na organização e que estes se repercutem no sistema de trabalho” (FIGURA 3) (Castilho, 2014).

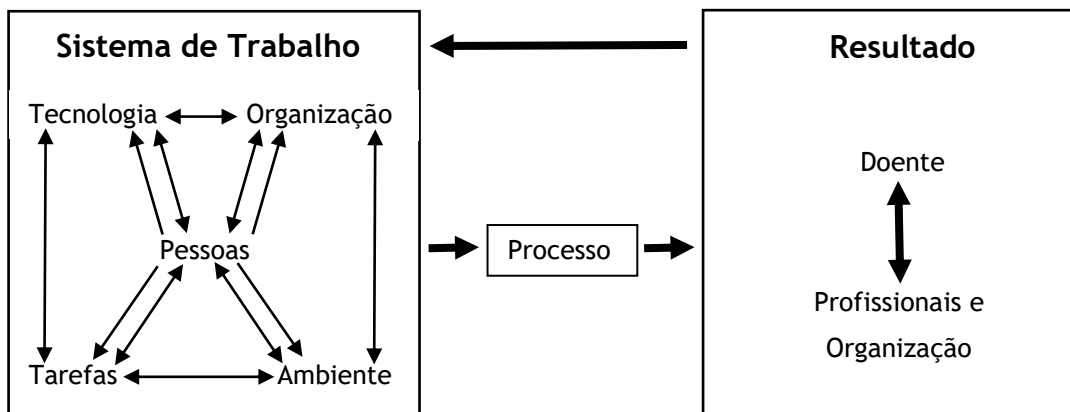


FIGURA 3: Modelo de análise do sistema de trabalho para a segurança do doente (SEIPS)

Fonte: adaptado de CARAYON, HUNDT, KARSH *et al.* (2006) por CASTILHO, 2014

Segundo Castilho (2014), de acordo com Carayon, Hundt, Karsh *et al.* (2006), o SEIPS agrega e amplia os modelos propostos por Donabedian e Reason.

Este modelo “faz uma abordagem sistémica da segurança do doente, dando ênfase ao sistema de trabalho. (...) É considerado um modelo importante para a investigação em segurança do doente, uma vez que ajuda o investigador, a identificar potenciais preditores de práticas de cuidados seguras ou inseguras, a pensar sobre todos os aspetos relevantes do sistema, podendo também, ser usado em estudos de investigação ação” (CARAYON, HUNDT, ALVARADO *et al.*, 2006; CARAYON & GURSES, 2008 cit por CASTILHO, 2014).

#### 1.4. Ciclo de Deming

Outro autor largamente “reconhecido pelos contributos que deixou para a gestão é William Deming. Este propôs um modelo de gestão de melhoria contínua da qualidade apresentando o Ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) ou Ciclo de Deming (FIGURA 4), que foi criado por Shewart mas foi publicado, divulgado e implementado por Deming” (SILVA, 2009 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Este modelo inclui quatro etapas:

- “*Plan* (planear): é a primeira etapa do processo e implica a recolha e análise de dados, definição de objetivos e planos de ação/ processos para os atingir, de acordo com a natureza da organização;
- *Do* (fazer): implementação dos processos planeados;

- *Check* (verificar): avaliação e monitorização dos processos, resultados e sua eficácia tendo em consideração os objetivos, a natureza da organização e políticas;
- *Act* (atuar): implementação de ações de melhoria de forma contínua” (SILVA, 2009 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

“Este ciclo reproduz-se continuamente e implica questionar constantemente todas as operações no sentido da melhoria contínua” (ANTÓNIO, *et al.*, 2007 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

“Se é evidente a necessidade de avaliação da segurança e para isso se recorre a um modelo de avaliação da qualidade, o mesmo se poderá fazer com um modelo de gestão de melhoria contínua, neste caso, o Ciclo PDCA” (CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).



FIGURA 4: Ciclo PDCA ou Ciclo de Deming

O enfermeiro gestor ao atuar no âmbito da segurança dos serviços desempenha as suas funções segundo as competências do enfermeiro gestor, previstas no Regulamento 101/2015 publicado no Diário da República (D.R., 2015):

- “Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera;
- Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem;
- Gere a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem;
- Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera;
- Garante a prática profissional baseada na evidência;
- Desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde.”

“A implementação e desenvolvimento destas competências de acordo com o Ciclo de Deming, dada a natureza contínua de reavaliação, permitem uma melhoria constante do desempenho do próprio gestor e conseqüentemente do desempenho dos serviços nomeadamente no que se refere à segurança. O Enfermeiro gestor deve munir-se de

estratégias e instrumentos de gestão que contribuam para assegurar a segurança dos serviços e ter presente que segurança em saúde é algo mais abrangente e complexo do que apenas segurança do cliente e que esta poderá estar dependente da segurança do enfermeiro e vice-versa” (CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

### 1.5. Pesquisa Convergente Assistencial

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) surgiu nos anos 80 com a construção de um método de pesquisa que levaria o investigador a cuidar/ assistir, no próprio espaço da prática assistencial (TRENTINI & PAIM, 2008). É uma modalidade de pesquisa qualitativa que se caracteriza “pela convergência entre pesquisa, assistência e participação dos sujeitos envolvidos na prática, concomitantemente ao processo de construção de conhecimento” (PIVOTO *et al.*, 2013).

Desenvolvida por Trentini e Paim, foi publicada pela primeira vez em 1999 onde as autoras propõem que a reflexão e produção de conhecimentos norteadores da prática, teorização e investigação dos fenómenos emergentes da assistência, devem ocorrer no contexto onde ela acontece. Assim sendo, esta modalidade de pesquisa surgiu da necessidade de articular os conhecimentos teóricos com o campo de prática assistencial (REIBNITZ *et al.*, 2012). A especificidade da PCA consiste em manter, durante o seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com o objetivo de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação. Resumindo, a PCA destina-se a ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal de determinada prática e inclui os profissionais de saúde daquele local, como incluídos na equipa investigadora. Juntos, desenvolvem em simultâneo pesquisa e práticas de saúde naquele contexto, porém com acréscimos de características crítico-criativas e com o objetivo de provocar mudanças naquela assistência (TRENTINI & PAIM, 2008).

Outro aspeto a ter em consideração é que a PCA se sustenta em alguns pressupostos, como o contexto da prática assistencial originar inovação, opções de solução para reduzir ou resolver situações adversas, renovando as práticas para a superação ou maximização de situações favoráveis, o que requer empenho dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais, pela associação do saber- pensar ao saber- fazer; o contexto da prática assistencial também é, potencialmente, um espaço rico em questões abertas a estudos de pesquisa; o espaço da relação entre a pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho vivo no campo da prática assistencial e no da investigação científica; implicar o acordo de beneficiar o contexto assistencial durante o processo

investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso livre às informações provenientes desse contexto; o profissional de saúde é potencialmente um investigador de questões com as quais lida diariamente, o que lhe permite uma atitude crítica adequada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza. (TRENTINI & PAIM, 2004)

“A articulação da PCA com a prática assistencial ocorre principalmente de modo presencial, ainda mais intensivo, durante a coleta de informações, quando os participantes e pesquisadores se envolvem tanto na assistência como na pesquisa” (TRENTINI & PAIM, 2008). Quando um investigador decide utilizar esta metodologia necessita estar convicto dos seus interesses em inserir-se no campo da prática assistencial e assim, coloca-se em compromisso com a construção de um conhecimento novo e que atualize as práticas assistenciais do campo estudado (TRENTINI & PAIM, 2008).

A PCA valoriza a construção coletiva e revigora a prática da enfermagem, na medida em que versa sobre as experiências vividas em realidades múltiplas, sendo assim considerada uma arte que, para Trentini e Paim (2008, p. 45) “não pode ser generalizada”. Segundo as autoras anteriores, a PCA é marcada por alguns critérios (FIGURA 5).



FIGURA 5: Critérios da Pesquisa Convergente Assistencial

A essencialidade caracteriza-se como sendo a justaposição dos processos da prática assistencial e da investigação, em contínua ação dialógica. A conetividade remete-nos para a exigência de ações de compromisso entre o investigador e a equipa assistencial na reconstrução do vínculo “pensar e fazer”. A interfacialidade porque leva à produção de mudanças na prática assistencial face às questões investigadas e vice-versa. A

imersibilidade, dada a inclusão do investigador e do seu projeto como parte presencial nas ações da assistência, visando a construção de mudanças em ambos. A dialogicidade pois pretende-se a compreensão da existência de duas lógicas, a da assistência e a da pesquisa e respeito à uniduidade. A expansibilidade leva à ampliação ou alargamento das questões representadas em problemas de pesquisa gerados em cenário da prática assistencial. A simultaneidade pois a pesquisa e assistência garantem a sua configuração própria mas assumem um único fenômeno da assistência como problema de pesquisa coincidente (TRENTINI & PAIM, 2008).

Este tipo de investigação segue cinco fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Na fase de concepção determina-se a área a investigar que, tendo em conta aspetos teóricos, práticos e o interesse dos profissionais envolvidos, resulta no tema de pesquisa, a partir do qual se formula a questão de investigação, os objetivos do estudo e se procede à sustentação teórica e justificação do estudo. Na fase de instrumentação define-se os participantes e métodos de colheita e análise de dados. De seguida, na fase de perscrutação define-se a estratégia para a obtenção dos dados, seguindo-se a fase de análise onde temos o processo de apreensão. Termina com a fase de interpretação com a realização de sínteses, análise subjetiva das associações e variações dos dados; teorização, conferindo fundamentação teórica à interpretação das informações relacionadas na síntese; e de transferência, atribuindo significado aos resultados, com a explicitação de seus reflexos na assistência (TRENTINI & PAIM, 1999 cit por PIVOTO *et al.*, 2013).

As questões e informações da pesquisa resultam da experiência, da prática e os resultados procurarão dar solução a problemas, introduzir inovações e melhorar o local do estudo. O campo de pesquisa é o local onde o investigador presta cuidados, é o local onde se identificou o problema e para o qual se procuram mudanças. O investigador deve necessariamente fazer parte do contexto prático, mesmo que temporariamente apenas durante a pesquisa. Os participantes são os que se encontram abrangidos pelo contexto da pesquisa e da prática assistencial e serão valorizados aqueles que contribuem de forma ativa com sugestões, críticas e validação dos resultados (PIVOTO *et al.*, 2013).

Esta metodologia permite refletir e melhorar a prática profissional, dando à assistência cientificidade e distanciando a crença dicotômica entre a teoria e a prática. Assim consegue-se explicitar a convergência entre a teoria e a prática, podendo ser introduzidas melhorias na prática assistencial (PIVOTO *et al.*, 2013).

## 1.6. Legislação para a segurança

Portugal, tal como outros países, na fase inicial considerou a qualidade como uma prioridade em saúde, onde estava incluída a segurança. Mais tarde dedicou-se separadamente à segurança como área de intervenção. Em paralelo com a implementação e desenvolvimento de reformas, políticas e iniciativas, tem-se verificado o impacto e a evolução significativa nos indicadores de saúde, como a esperança média de vida e a mortalidade infantil (DGS, 2016).

As questões ligadas à qualidade ganharam protagonismo na agenda política nacional e no ano de 1999 aparecem duas estruturas relacionadas com esta: o Conselho Nacional da Qualidade (CNQ) e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

“O CNQ desempenhou a função de órgão de consulta do MS no que concerne a assuntos relativos à qualidade da saúde e recomendações para o desenvolvimento do sistema de qualidade nacional. Reuniu na sua constituição representantes dos diferentes atores do sistema de saúde: clientes e associações de clientes, profissionais de saúde, entidades públicas e privadas” (PISCO, *et al.*, 2001 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

“O IQS foi criado no âmbito da portaria n.º 288/99 de 27 de Abril do MS com o objetivo de elaborar normas e estratégias de melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Portaria n.º 288/99)” (CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017). Nesse ano também é celebrado protocolo com o King’s Found Health Quality (KFHQ) que tem como principais objetivos:

- Cooperar nos processos de acreditação voluntária de hospitais públicos;
- Proceder ao desenvolvimento de metodologias e normas de acreditação validadas para a realidade portuguesa e reconhecidas pelo KFHQ;
- Promover o desenvolvimento de projetos de investigação direcionados para a melhoria da qualidade (PISCO & BISCAIA, 2001).

Em 2001, a OE contribuiu para a qualidade dos cuidados de saúde ao definir e divulgar os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem com seis enunciados descritivos: Satisfação do Cliente, Promoção da Saúde, Prevenção de Complicações, Bem-estar e Autocuidados, Readaptação Funcional e Organização dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

A Satisfação do Cliente encontra-se entre os padrões de qualidade pois reflete, subjetivamente, a consideração pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do utente no processo de prestação de cuidados, a empatia que se estabelece na relação com o utente, o envolvimento do utente e conviventes significativos no mesmo processo, o empenho do enfermeiro no sentido de reduzir as consequências negativas decorrentes das mudanças de ambiente no processo de prestação de cuidados (OE, 2001 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

O trabalho dos enfermeiros é iniciado “com a Promoção da Saúde, representando este, um padrão de qualidade que compreende um conhecimento das condições de saúde, recursos do cliente, família e/ ou comunidade, desenvolvimento de iniciativas promotoras de estilos de vida saudáveis, através do acompanhamento de processos adaptativos de fases de vida a promoção do potencial de saúde do cliente, com disponibilização de conhecimentos importantes para o efeito” (OE, 2001 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

A Prevenção de Complicações adquiriu importância enquanto padrão de qualidade pelo papel essencial dos enfermeiros nos cuidados de saúde prestados à população, os quais devem identificar precocemente os problemas potenciais para o utente. De acordo com as suas competências para prescrever, executar e avaliar as intervenções, os enfermeiros têm como finalidade impedir esses problemas, ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis, desempenhar as suas funções com respeito pelo rigor técnico-científico, reconhecer e mencionar situações problemáticas aos profissionais de outras áreas da prestação de cuidados de saúde, supervisionar atividades delegadas que são da responsabilidade do enfermeiro e assumir responsabilidade profissional pelas decisões que toma, pelas ações que realiza e que delega (OE, 2001 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

“No respeito pelos padrões de qualidade, o enfermeiro exerce as suas funções maximizando o Bem-estar do Cliente, identificando precocemente o problema, prescrevendo, implementando e avaliando intervenções com a finalidade de melhorar o bem-estar do cliente e auxiliar nas atividades de vida em que o cliente está dependente” (OE, 2001 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

A Readaptação Funcional forma “também um critério de excelência do exercício profissional devendo o enfermeiro, neste contexto e envolvendo o cliente: desenvolver e promover processos de adaptação a problemas de saúde, em paralelismo com a continuidade do processo de prestação de cuidados; planear a alta de acordo com as necessidades do cliente e recursos da comunidade; otimizar da capacidade do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico; realizar ensinamentos e treinos para a adaptação ao seu estado de saúde” (OE, 2001 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Por fim o enfermeiro respeita os padrões de qualidade ao cooperar para maximizar a eficácia da Organização dos Cuidados de Enfermagem (CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

“Essenciais aqui, são:

- A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade;

- A existência de um sistema de registos de enfermagem que agregue sistematicamente dados sobre as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem;
- A satisfação dos enfermeiros face à qualidade do exercício profissional;
- Dotações de enfermagem adequadas em quantidade e qualidade;
- A formação contínua, dos mesmos, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- Metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade” (OE, 2001 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Em 2006 extingue-se o IQS pelo Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de Outubro (DECRETO-LEI 212/2006). O Departamento da Qualidade na Saúde é fundado em 2009 pela Portaria n.º 155/2009 de 16 de Fevereiro, adotando as competências do extinto IQS e com a intenção de promover a cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do utente pela coordenação de programas de melhoria contínua da qualidade, coordenação de programas de promoção da segurança nos cuidados de saúde, definição de indicadores da qualidade e da segurança, e respetiva monitorização, determinação e monitorização de indicadores de satisfação de utentes e profissionais de saúde, desenvolvimento e divulgação de normas de boas práticas, supervisão e coordenação do sistema de acreditação (PORTARIA n.º 155/2009 cit por CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

Posteriormente “foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014 que deu lugar à homónima 2015-2020 pelo Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio cuja missão é assegurar que as funções governativas, de coordenação e ação local compreendam efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão e desta forma potenciar e reconhecer a qualidade e segurança dos cuidados de saúde no garante do respeito dos direitos dos clientes” (CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017). Assim, “adota as seguintes prioridades estratégicas de atuação:

- a) Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadoras e instituições;
- b) Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- c) Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- d) Reforço da segurança dos utentes;
- e) Reforço da investigação clínica;
- f) Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- g) Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
- h) Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- i) Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação” (DESPACHO n.º 5613/2015).

A segurança do utente ganha relevância na agenda nacional e então surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 pelo Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro que “obriga ao envolvimento das responsabilidades de governação, de coordenação e da prática operacional da prestação de cuidados, visando a convergência metodológica dos diversos dispositivos existentes que contribuem para a gestão dos riscos associados à prática dos cuidados” (DESPACHO n.º 1400-A/2015 p.3882-2). “Propõe-se apoiar os gestores e os clínicos do SNS na implementação de metodologias e na definição de objetivos e metas que contribuam para a gestão dos riscos inerentes ao processo de prestação de cuidados, reconhecendo que a segurança do cliente é uma responsabilidade sistémica e envolve a gestão de todas as atividades. Através de iniciativas transversais como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e atuações sobre problemas identificados, visa melhorar a prestação de cuidados de saúde seguros de forma integrada” (CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017). Assim, define nove objetivos estratégicos e respetivas ações, revelando um forte suporte à gestão na saúde (TABELA 1).

Objetivo	Ações
<b>1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participar na avaliação da cultura de segurança do utente nos hospitais;</li> <li>- Participar na avaliação da cultura de segurança do utente nos cuidados de saúde primários;</li> <li>Monitorizar a adesão das instituições;</li> <li>- Implementar medidas de melhoria nos hospitais de acordo com os resultados obtidos;</li> <li>Implementar medidas de melhoria nos cuidados de saúde primários de acordo com os resultados obtidos;</li> <li>- Desenvolver plano de formação de serviço na área da segurança dos utentes;</li> <li>- Incluir a média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do utente nos contratos programa.</li> </ul>
<b>2. Aumentar a segurança da comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar ações de sensibilização e de informação ao cidadão;</li> <li>- Realizar auditorias internas à transferência de informação nas transições, transferências e altas dos utentes;</li> <li>- Integrar os sistemas informáticos internos das instituições prestadoras de cuidados de saúde. Assegurar a intercomunicação dos sistemas informáticos entre as várias instituições prestadoras de cuidados de saúde;</li> <li>- Publicar norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados.</li> </ul>

<p><b>3. Aumentar a segurança cirúrgica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilizar o sistema de registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em todos os blocos operatórios;</li> <li>- Registrar a utilização de Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica;</li> <li>- Auditar, mensalmente, a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em, pelo menos, 10% do total de cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior;</li> <li>- Incluir a taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica institucional nos contratos programa.</li> </ul>
<p><b>4. Aumentar a segurança na utilização da medicação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicar normas sobre práticas seguras da medicação;</li> <li>- Desenvolver sistema de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do SNS;</li> <li>- Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o notific@;</li> <li>- Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes;</li> <li>- Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco;</li> <li>- Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica;</li> <li>- Assegurar informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas;</li> <li>- Auditar, semestralmente, as práticas seguras da medicação.</li> </ul>
<p><b>5. Assegurar a identificação inequívoca dos utentes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar práticas seguras no âmbito da verificação entre a identificação do utente e o procedimento a realizar;</li> <li>- Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do utente e a colheita de sangue ou outros espécimes para análise e a identificação correta do utente na rotulagem;</li> <li>- Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do utente e a administração de medicamentos;</li> <li>- Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do utente e a administração de tratamentos oncológicos.</li> </ul>
<p><b>6. Prevenir a ocorrência de quedas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicar norma sobre a prevenção e redução da ocorrência de quedas;</li> <li>- Implementar estratégia de intervenção para a prevenção e redução de quedas;</li> <li>- Auditar, semestralmente, as práticas para a prevenção e redução de quedas.</li> </ul>

<b>7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicar norma;</li> <li>- Implementar práticas para avaliar, prevenir e trata úlceras de pressão;</li> </ul> <p>Auditar, semestralmente, as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão.</p>
<b>8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no “notific@”;</li> <li>- Analisar a causa dos incidentes;</li> <li>- Implementar medidas preventivas de recorrência de incidentes;</li> <li>- Auditar, semestralmente, as práticas realizadas na análise de incidentes.</li> </ul>
<b>9. Prevenir e controlar as infecções e as resistências aos antimicrobianos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar as infecções associadas a cuidados de saúde, o consumo de antibióticos em ambulatório e em meio hospitalar e a resistência a antibióticos;</li> <li>- Reportar anualmente à DGS os resultados das monitorizações realizadas.</li> </ul>

TABELA 1: Objetivos estratégicos e ações do PNSD 2015-2020 (Adaptado do Despacho n.º 1400-A/2015)

“As principais políticas e estratégias nacionais contribuíram e continuam a contribuir para a segurança do utente e, neste sentido, os pilares legislativos configuram-se fundamentais para a segurança em saúde, elemento basilar para os órgãos e iniciativas da gestão em saúde” (CORREIA, MARTINS e FORTE, 2017).

## 2. TRABALHO DE CAMPO - SEGURANÇA DO DOENTE EM PSIQUIATRIA

Conseguir qualidade e segurança nas enfermarias hospitalares depende muito do papel ativo dos enfermeiros gestores que administram essas unidades, pois dada a responsabilidade que assumem no seio organizacional dos serviços prestadores de cuidados, têm assim um papel crucial nas medidas tomadas em relação à segurança na saúde (CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

“A segurança dos cuidados de saúde é um elemento basilar para uma prestação de cuidados de qualidade, pelo que não existe qualidade em saúde sem segurança (SOUSA *et al.*, 2011) o que nos obriga a um processo de pesquisa que garanta sucesso no estudo deste problema” (CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

O processo de investigação é “um método sistemático de produção do conhecimento com o objetivo de procurar respostas para questões, validar e/ou adquirir novos conhecimentos. O investigador, na escolha da abordagem metodológica do estudo, bem como do método de recolha e análise de dados, deve ter em conta a natureza do objeto de estudo, as questões formuladas, os objetivos definidos e as bases teóricas que orientam o mesmo” (FORTIN, 2009 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

A compreensão científica da segurança do doente em psiquiatria é essencial para a construção de sistemas de saúde mais seguros. Apesar de a investigação sobre segurança do doente estar a aumentar nos últimos anos esta continua muito limitada na área da psiquiatria (BRINER & MANSER, 2013). Perante a pouca evidência científica na área da segurança do doente em psiquiatria optou-se por um estudo qualitativo com o propósito de conhecer, através dos enfermeiros de psiquiatria, como se encontra a segurança do doente psiquiátrico em ambiente hospitalar.

Para ir de encontro ao objetivo da investigação qualitativa, que é “compreender melhor os fatos ou os fenómenos sociais ainda mal elucidados” (FORTIN, 2009 p. 290) o presente estudo tem como finalidade contribuir para melhorar a segurança dos doentes de foro psiquiátrico, através de um instrumento de monitorização. Assim, delineou-se como objetivos:

- Compreender o processo de gestão desenvolvido no serviço de psiquiatria para garantir a segurança do doente;
- Conhecer as preocupações específicas dos enfermeiros sobre as questões de segurança do doente em psiquiatria;

- Identificar os processos de segurança descritos pelos enfermeiros na assistência em psiquiatria;
- Identificar como os enfermeiros priorizam os riscos de segurança específicos dos doentes em psiquiatria;
- Identificar instrumentos para controlo da segurança dos doentes.

O processo de pesquisa seguiu o desenho que idealizamos como caminho desde a questão de partida até chegar aos resultados e conclusões (FIGURA 6). Desta forma desejamos desenvolver um estudo que permita conhecer os contornos do fenómeno da segurança do doente em psiquiatria nos serviços hospitalares.

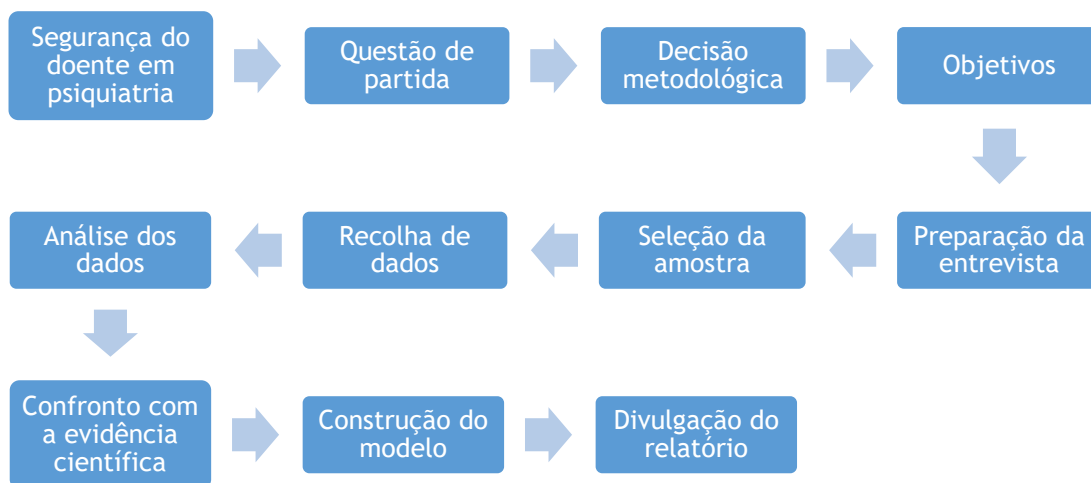


FIGURA 6: Desenho da metodologia do estudo

## 2.1. Questões de investigação

“A formulação da questão de investigação é essencial para o desenvolvimento do estudo, dado que esta norteia o processo da investigação relacionando-se diretamente com os objetivos da mesma e refletem que informação o estudo pretende alcançar (FORTIN, 2009). Esta está presente do início ao término do curso da investigação sendo considerado como fator crítico da mesma (CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017). Quivy & Campenhoudt (2005) referem ser essencial considerar que esta deve refletir um estudo exequível de modo que seja possível alcançar respostas, interessante do ponto de vista científico para motivar quem desenvolve o estudo e para quem possa ter interesse em consultá-lo,

conduzir a conhecimentos novos, que respeite os princípios éticos e que seja relevante para que os resultados alcançados contribuam para o desenvolvimento científico da área em questão.

Após ter apresentado a pergunta de investigação na introdução irei agora especificar mais com as seguintes questões de investigação:

- Será que no serviço de psiquiatria há particularidades na organização dos cuidados para garantir a segurança do doente?
- Será que os enfermeiros têm preocupações específicas sobre as questões de segurança do doente em psiquiatria?
- Como descrevem os enfermeiros os processos de segurança na assistência em psiquiatria?
- Como priorizam os enfermeiros os riscos de segurança específicos dos doentes em psiquiatria?
- Quais as preocupações que os enfermeiros manifestam relacionadas com a segurança do doente?

Tendo em consideração o exposto anteriormente somos impulsionados a desenvolver o estudo em causa.

## 2.2. População e participantes no estudo

“O meio Hospitalar compreende uma organização complexa que tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde de qualidade o que implica de segurança. A Segurança em meio hospitalar é multifatorial, e a investigação sobre a segurança pode incidir sobre características superficiais ou sobre os mecanismos e fenómenos que estão na base da segurança da prestação de cuidados” (OLIVEIRA, 2010 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

Após a definição do problema de investigação, dos objetivos e questão de investigação é necessário definir a população alvo da recolha de informação (FORTIN, 2009). Neste estudo, os participantes da investigação são enfermeiros a desempenhar funções em psiquiatria. O método de amostragem foi o de conveniência considerando que “é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” (FORTIN, 2009 p. 321).

Selecionamos enfermeiros de um hospital psiquiátrico da zona norte de Portugal para melhor se compreender a problemática da segurança do doente em psiquiatria. Incluímos enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas e enfermeiros gestores e como critério

de inclusão foi definido que os enfermeiros generalistas deveriam ter experiência superior a um ano na área da psiquiatria e os enfermeiros especialistas serem detentores de especialidade na área da saúde mental e psiquiatria.

Foram considerados todos os enfermeiros desse hospital (134), sendo que inicialmente foram contactados os enfermeiros gestores, que auxiliaram no processo de seleção dos restantes participantes, numa média entre um a quatro enfermeiros por serviço. Obteve-se saturação do conteúdo das respostas pela não identificação de material novo após a vigésima sétima entrevista.

Os participantes deste estudo foram vinte e sete enfermeiros, dezasseis são do sexo feminino e onze do sexo masculino, com idades que variam dos 28 aos 60 anos, sendo a idade média de 46,5 anos. Em ambos os sexos tivemos representados enfermeiros (5), enfermeiros especialistas (14) e enfermeiros gestores (8), com o tempo de serviço a variar entre os 3 a 38 anos, numa média de 22,5 anos de experiência em psiquiatria. A maior representação é de enfermeiros especialistas (TABELA 2).

Caraterísticas	Dimensões	Número
Idade	Menos de 30	1
	31 a 40	5
	41 a 50	13
	Mais de 51	8
Formação	Licenciatura	2
	Mestrado	10
	Pós-licenciatura	14
	Doutoramento	1
Categoria profissional	Enfermeiro	5
	Enfermeiro especialista	14
	Enfermeiro gestor	8
Tempo de Serviço	Menos de 10 anos	2
	De 11 a 20 anos	10
	De 21 a 30 anos	9
	Mais de 31 anos	6

TABELA 2: Caraterização dos participantes

### 2.3. Instrumento de recolha de dados e procedimentos

Como metodologia para colheita de dados foi escolhida a entrevista, considerando que este se deve basear nas questões de investigação, no desenho do estudo e no quadro teórico sobre o tema (FORTIN, 2009).

A entrevista tem como vantagem permitir-nos reunir uma boa quantidade de informações, através de questões, promovendo o relato de experiências individuais (POLIT, *et al.*, 2000). Também nos aproxima dos atores principais, para explicitar a experiência central do problema em estudo pois é “um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que colhe dados e um respondente que fornece a informação” (FORTIN, 2009 p. 375). “Tem como objetivos explorar um novo tema, aprofundar temas já conhecidos, verificar conhecimentos adquiridos e controlo de resultados” (GHIGLIONE, *et al.*, 2005 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

Podemos optar entre três tipos de entrevistas, a estruturada, a semiestruturada e a não estruturada (FORTIN, 2009). Cada uma delas tem objetivos diferentes, que vão desde o controlar e validar dados, ao verificar matérias conhecidas, aprofundar determinado tema ou explorar um tema desconhecido (GHIGLIONE, *et al.*, 2005).

Elegemos a entrevista semiestruturada individual, pois “as questões abertas permitem fazer ressaltar os pontos de vista dos participantes e ter uma ideia mais precisa do que constitui a sua experiência.” (FORTIN, 2009 p. 300). Assim sendo e para garantir que o procedimento seria uniforme, apoiamos a entrevista num guião (Anexo 1), com questões que permitiram flexibilizar o curso da entrevista, de acordo com a informação fornecida pelos participantes, salvaguardando a necessidade de objetivar algumas situações.

A construção do guião de entrevista baseou-se na contextualização e informação sobre o tema. Ao participante foi solicitado o consentimento informado, para a realização da entrevista, gravação desta e colocação das questões. A primeira entrevista (entrevista piloto) serviu de base para uma reavaliação das questões do guião de entrevista. O guião da entrevista desenvolveu-se ao longo de cinco áreas temáticas, num total de onze questões (TABELA 3).

<b>Objetivos</b>	<b>Perguntas da entrevista</b>
Compreender o processo de gestão desenvolvido no serviço de psiquiatria para garantir a segurança do doente	1 - Para si o que é a segurança do doente num serviço? 2 - O que considera um serviço seguro? 3 - O que faz habitualmente no serviço para garantir a segurança do doente?
Conhecer as preocupações específicas dos enfermeiros sobre as questões de segurança do doente em psiquiatria	4 - Quais são os riscos que para si apresenta o doente em psiquiatria? 5 - Considera existirem riscos específicos que possam comprometer a segurança do doente?
Identificar os processos de segurança descritos pelos enfermeiros na assistência em psiquiatria	6 - Que áreas considera prioritárias para a segurança do doente em psiquiatria? 7 - Que estratégias utiliza para evitar riscos para o doente? 8 - Que estratégias utiliza para a monitorização da segurança do doente?
Identificar como os enfermeiros priorizam os riscos de segurança específicos dos doentes em psiquiatria	9 - Quando é identificada alguma falha relacionada com a segurança do doente como procede?
Identificar instrumentos para controlo da segurança dos doentes	10 - Que instrumentos existem no serviço para controlo da segurança dos doentes? 11 - Há algum assunto que queira acrescentar e que possa contribuir para o meu estudo?

TABELA 3: Dos Objetivos às questões da entrevista

As entrevistas foram agendadas pessoalmente, de acordo com a disponibilidade dos participantes e nesse momento foram informados dos objetivos do estudo assim como da duração média prevista da entrevista. A escolha do local ficou ao critério dos participantes, cuja escolha recaiu sempre no ambiente de trabalho destes. As entrevistas foram realizadas entre os meses de Fevereiro a Junho de 2017, tendo uma duração média de 15,7 minutos. Após a transcrição das entrevistas estas foram enviadas ao respetivo participante para que fossem validadas.

## 2.4. Estratégia para a análise de dados

“Um estudo qualitativo distingue-se e caracteriza-se pela natureza da preparação e análise de um conjunto de dados obtidos a que se designa por análise de conteúdo” (CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

Segundo Bardin (2000), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, uma metodologia sistemática e objetiva que se desenvolve em três fases: a pré-análise, a exploração do material e por último o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (FIGURA 7).

Na pré-análise, que “é a fase de organização e preparação do material recolhido e onde há lugar à primeira leitura do mesmo - “leitura flutuante” (BARDIN, 2000 p. 96). Nesta fase, após a colheita dos dados, foi transcrito de forma integral e rigorosa o que foi relatado pelos participantes (CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

Em seguida realizou-se uma leitura exploratória do material transcrito, no sentido de encontrar conteúdos comuns e nessa leitura foram identificadas áreas temáticas, conotadas como categorias. Esta fase de exploração do material, é uma “fase longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação” (BARDIN, 2000 p. 101) que podem ser realizadas manualmente ou com recurso a programas informáticos para o efeito. A Codificação é o processo pelo qual os dados em bruto são trabalhados sistematicamente e agrupados em unidades, as quais permitem uma descrição precisa das características pertinentes do conteúdo (HOLSTY, 1969 cit por BARDIN, 2000).

As categorias foram identificadas a *posteriori*, ou seja, após e de acordo com a leitura dos dados obtidos, tendo como referencial teórico, o Modelo de Donabedian e o Modelo de James Reason.

“Nesta etapa recorreu-se ao *software* ATLAS.ti como instrumento de auxílio na codificação e categorização das entrevistas. Este *software* qualitativo é uma mais-valia na investigação na área das Ciências Sociais pois representa uma alternativa à empreitada fastidiosa da codificação manual proporcionando um conjunto de funcionalidades que permitem reunir todos os fragmentos de texto onde estão presentes os conceitos/fenómenos que se pretende investigar” (MARIÑO, 2009 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017). “Assim, unidades de análise (*codes* na nomenclatura do *software*) geradas a partir de excertos das entrevistas (*quotations*) identificam fenómenos ou conceitos que se afiguram tanto mais pertinentes para a área de estudo quanto a frequência em que surgem, nas entrevistas” (CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

Após análise, “essas unidades foram agrupadas em grandes áreas temáticas: categorias (*families*), as quais possibilitam o desenvolvimento da análise dos resultados deste estudo. A categorização é a reunião de unidades de registos (categorias) com características comuns e semântica semelhante. É uma etapa do processo extremamente exigente pois implica que o investigador se dedique afincadamente à leitura analítica dos dados para que conheça e interprete claramente os mesmos” (STRUBERT *et al.*, 2002 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

Na etapa do tratamento e interpretação “os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos” (BARDIN, 2000 p. 101). Aqui efetuou-se uma análise tendo em conta as teorias conhecidas e o reconhecimento dos novos dados.

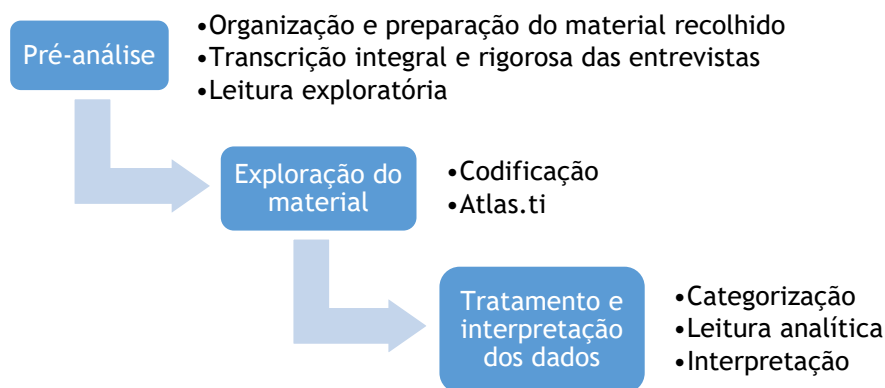


FIGURA 7: Desenho da metodologia de análise de dados

“A análise da metodologia qualitativa inicia-se no momento da recolha na procura de significados sobre o que é observado pelo investigador para além dos dados objetivamente colhidos, prolongando-se num continuum” (STRUBERT, *et al.*, 2002 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

## 2.5. Procedimentos formais/ implicações éticas

“Na investigação em ciências da saúde, onde frequentemente o objeto de estudo são pessoas, deve garantir-se a proteção dos seus direitos” (CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017). Devemos respeitar as questões morais, éticas e os direitos humanos, além das exigências legais atuais (POLIT *et al.*, 2000).

Particularizando, na investigação qualitativa, com as particularidades que a define, temos várias considerações éticas a ter em conta e então “os investigadores devem ser responsáveis pelas decisões éticas tomadas na produção de qualquer investigação” (STRUBERT *et al.*, 2002 p. 38). Assim, “tem havido a necessidade de criação de códigos de ética como o código de Nuremberg que surge em resposta às atrocidades da investigação nazi, e a Declaração de Helsinquia, da *World Medical Assembly* em 1964 e a *American Nurses Association* que criou a *Human Rights Guidelines for Nurses in Clinical and other Research* (1975) e o *Code for Nurses* (1985)” (POLIT *et al.*, 2000 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

“O *Belmont Report*, em 1978, veio estabelecer três princípios éticos fundamentais que influenciaram diversas disciplinas na produção dos seus próprios códigos de ética: o princípio da beneficência, respeito pela dignidade humana e justiça” (POLIT *et al.*, 2000 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

“No respeito pelo princípio da beneficência os participantes não devem ser prejudicados sendo-lhes também assegurado o princípio da não maleficência, devendo ser protegidos de danos (físicos e psicológicos) e de exploração. Deve ainda procurar trazer benefícios com os resultados da investigação” (POLIT *et al.*, 2000 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017). Os participantes foram preservados por este princípio durante a entrevista e na análise dos dados.

“O respeito pela confidencialidade e anonimato dos participantes e o consentimento informado asseguram o cumprimento dos princípios da justiça e integridade para além do da beneficência” (STRUBERT, *et al.*, 2002 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017). Assim, o investigador deve tomar as medidas necessárias para garantir a confidencialidade (STRUBERT, *et al.*, 2002). No presente estudo todos os procedimentos respeitam a confidencialidade e anonimato dos participantes na medida em que as entrevistas transcritas estão identificadas com a letra E e estão numeradas de modo aleatório, sem qualquer relação com a ordem de entrevista ou outro fator. Além disso foi retirada qualquer informação que pudesse originar a identificação dos participantes ou Hospital.

A participação dos entrevistados deve ser voluntária e com consentimento informado, respeitando a autonomia (STRUBERT, *et al.*, 2002). “Para que o consentimento seja informado exige-se que seja dada informação necessária sobre a investigação em causa, que os participantes sejam capazes de a compreender, aptos para decidir livremente, e capazes de recusar ou aceitar voluntariamente a participação na investigação” (POLIT, *et al.*, 2000 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017). Antes de iniciar a entrevista foi explicado a todos os participantes os objetivos e finalidade do estudo, assim como o direito de escolha em participar ou recusar, assim como de desistir a qualquer momento. Esta informação foi fornecida em suporte de papel assim como o consentimento informado para ser assinado (Anexo 2). Nesta fase eram agora solicitados alguns dados para

caraterização do participante. De seguida dava-se então início à gravação áudio com a colocação das questões. Concluídas as questões era terminada a gravação áudio da entrevista e, dado que a entrevista estava a findar, aproveitava para agradecer a disponibilidade e partilha de conhecimento.

Foi efetuado um pedido de autorização para a realização do estudo ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital escolhido (Anexo 3). O Presidente do Conselho de Administração remeteu o pedido para o serviço de Formação e Investigação que solicitou mais informações sobre o estudo que tiveram de ser fornecidas em impressos próprios fornecidos pelo Hospital. Após a entrega da informação solicitada o caso foi remetido à Comissão de Ética, que não viu inconvenientes. Finalmente, o Presidente do Conselho de Administração, munido com os pareceres favoráveis do Serviço de Formação e Investigação e da Comissão de Ética, autorizou a realização do estudo (Anexo 4).

### 3. OLHARES COM FUTURO PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES DE PSQUIATRIA

Depois de ter aprofundado o tema e de planejar um aprofundar do fenómeno na prática dos enfermeiros para procurar caminhos da segurança com os olhares dos enfermeiros com experiência vamos agora apresentar os resultados contrapondo com a discussão da interpretação a partir de outros autores que têm estudado o problema.

#### 3.1. A qualidade e a segurança do doente em psiquiatria

Considerando a garantia que confere aos cuidados prestados todos os intervenientes dos serviços de saúde (gestores, profissionais e utentes) valorizam a qualidade. As organizações de saúde têm aumentado as exigências para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, quer por motivos de cariz económico, quer pela complexidade desses ambientes organizacionais (elevado número de profissionais, diferentes especialidades e tecnologias, complexidade de procedimentos...), quer pela constante evolução científica e técnica, quer pelas expectativas dos utentes e familiares (SOUSA, 2006 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

Para se garantir a evolução da qualidade dos cuidados poderemos recorrer à avaliação ou monitorização para assim conhecer a realidade das instituições e reconhecer oportunidades de aperfeiçoamento da qualidade vigente.

“Avedis Donabedian (2003) desenvolveu a avaliação da qualidade em saúde lançando uma metodologia de avaliação e classificação que se baseia em três dimensões: estrutura, processo e resultado nos serviços de saúde” (FIGURA 8) (CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017). Existem correntes e perspetivas distintas sobre o melhor modelo de avaliação da qualidade (WHO, 2008b), mas este representa o padrão mais usual de avaliação na área da saúde (REVERE, *et al.*, 2004).

Estrutura	Recursos materiais	Instalações
		Equipamentos
	Recursos humanos	Quantidade
		Qualificação
	Estrutura organizacional	Formação
		Investigação
		Organização das equipas
Avaliação de desempenho		
Processo	Atividades	Diagnóstico
		Tratamento
		Relação utente profissional
Resultado	Mudanças no estado de saúde	
	Satisfação	Cuidados recebidos
Resultados dos cuidados		

FIGURA 8: Modelo de avaliação da qualidade de Donabedian (2003)

A Estrutura refere-se aos elementos relativamente estáveis da organização, como é o caso dos elementos físicos (recursos materiais e características do ambiente físico/ instalações), as características dos recursos humanos (quantidade e qualidade) e ainda a estrutura organizacional, representando fatores essenciais à prestação de cuidados. Mas, os elementos estruturais de uma organização não são suficientes para garantir a qualidade dos cuidados de saúde, apesar de serem o fator com maior visibilidade (DONABEDIAN, 2003; FERREIRA, 1991).

O Processo refere-se ao conjunto de dinâmicas e atividades próprias da prestação de cuidados abrangendo ações de decisão a nível diagnóstico, terapêutico e preventivo, assim como a relação terapêutica desde a admissão até à alta. Inclui-se aqui, para além dos cuidados diretos, os cuidados indiretos e o respeito pela ética (DONABEDIAN, 2003; FERREIRA, 1991; SOUSA, 2006).

Os Resultados refletem os efeitos dos cuidados de saúde prestados sejam eles benéficos ou não para o utente e englobam, além dos efeitos clínicos, outros efeitos, como a satisfação do utente ou questões económicas (DONABEDIAN, 2003; FERREIRA, 1991).

Nesta metodologia de avaliação, os componentes da estrutura e processo podem ser limitados e manipulados pelos profissionais ou pela organização em causa. Apesar de o resultado estar dependente do subjetivismo da avaliação pelo utente, não é incompatível assegurar que também depende muito da estrutura e do processo, isto é, dos recursos materiais e humanos, da estrutura organizacional e das atividades desenvolvidas no sentido dum resultado ótimo (CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

No âmbito da segurança, muitos autores têm aplicado a teoria de avaliação da qualidade. Regra geral, o estudo da origem desses problemas na sua análise e intervenção debruça-se mais sobre a estrutura e o processo. Porém, devemos ter sempre presente as relações inseparáveis entre as três dimensões identificadas por Donabedian, no sentido em que a identificação de um resultado negativo pode ser revelador de limitações ao nível do processo ou estrutura e, sendo assim, adequa-se uma abordagem global e abrangente de todas as dimensões da qualidade (SOUSA, 2006).

Os processos de melhoria contínua e acreditação dos últimos anos têm levado ao desenvolvimento de iniciativas para minimizar ou eliminar falhas do sistema de saúde. Ao nível da estrutura elaboram e adotam *standards* (normas, procedimentos e protocolos) que contribuem para a melhoria na organização do trabalho, com a implementação de departamentos relacionados com a dinâmica da segurança (controlo da infeção hospitalar, gestão do risco...). No âmbito do processo têm-se desenvolvido normas de orientação clínica (*guidelines*) no sentido de alicerçar as decisões em evidência científica (SOUSA, 2006).

Nas entrevistas realizadas, nas respostas encontradas às questões sobre o que os enfermeiros consideravam ser um serviço seguro foram encontradas 12 categorias (*codes*) que foram agrupadas em três grandes áreas temáticas (*families*), de acordo com o modelo de Donabedian: estrutura, processo e resultado (FIGURA 9).

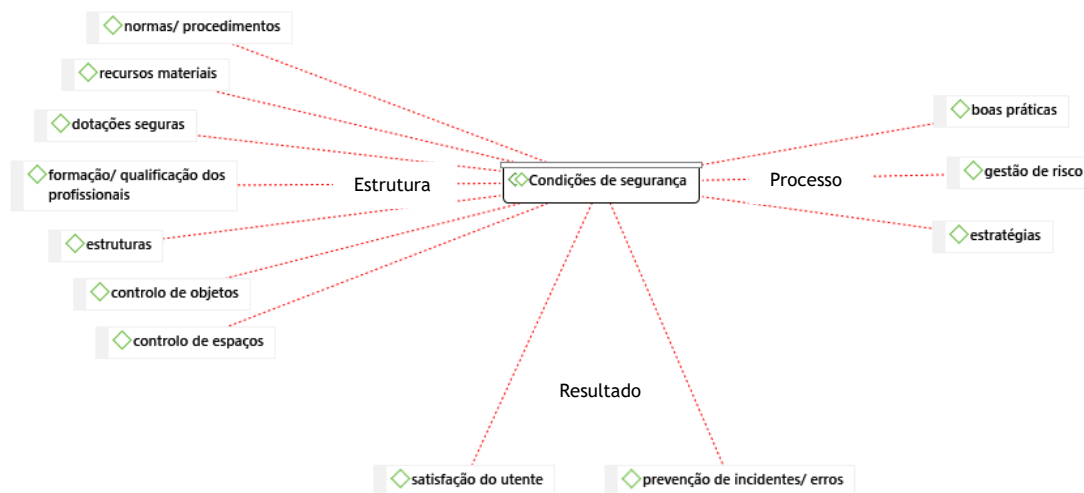


FIGURA 9: Condições de segurança

Os enfermeiros participantes no estudo para garantirem qualidade incluem nas condições de segurança intervenções na estrutura, nos processos e nos resultados.

### 3.1.1 Estrutura

A estrutura é um componente de extrema importância quando abordamos a qualidade pois é uma das áreas que produz indicadores. Os indicadores de “estrutura em saúde costumam ser utilizados para o credenciamento de unidades de saúde. Alguns exemplos são: existência ou não de um serviço de vigilância epidemiológica em uma unidade de saúde; condições de armazenamento de medicamentos na farmácia de um centro de saúde ou hospital; número de profissionais de saúde - por categoria - envolvidos na assistência a uma população em relação ao número de pessoas assistidas; e números de leitos disponíveis, por especialidade, em um certo hospital ou área geográfica” (PORTELA, 2000 p. 263). Isto ajuda-nos a compreender o valor dado a esta área pelos participantes, tendo em conta que foram encontradas, nos discursos, sete categorias, num total de doze do âmbito de condições de segurança. Isto demonstra um certo predomínio e valorização desta componente na segurança, em detrimento das restantes.

Donabedian (2003) incluiu a estrutura como um componente relativamente estável e fundamental para a prestação de cuidados. Maximiano (2000) define Estrutura Organizacional como o resultado das decisões de coordenação do trabalho e explicita competências específicas e a forma como se devem interligar os grupos especializados/ departamentos. A concretização da estrutura organizacional traduz-se no recurso a normas e procedimentos para encarar as exigências de uma organização (HALL, 1996).

Neste contexto, quatro participantes mencionaram a relevância do cumprimento de normas: *“serviço seguro será aquele, que depois de se fazer um levantamento dos riscos associados às características dos doentes que atende e às características dos serviços que presta, terão... um conjunto de normas que minimizem ao máximo o potencial risco que o doente corre”* (E12).

Também a implementação de procedimentos foi relatada por vinte e cinco dos participantes como condição de segurança: *“um serviço seguro é um serviço que tem que cumprir os procedimentos instituídos não é, se eu cumprir todo e qualquer procedimento diminuo o risco... ou evito o mesmo”* (E2). Também referiram a importância da acreditação e certificação da Instituição: *“uma coisa que também é importante é a existência ou não duma certificação do Hospital, duma acreditação e duma certificação”* (E25).

Acreditação, para a International Society for Quality Assurance (ISQUA), é “um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (*standards*) e para implementar meios de melhorar continuamente”. Simplificando, são

processos de certificação com normas próprias para a saúde, os ditos *standards*. Certificar significa demonstrar, com base numa avaliação e auditoria externa independente, que, neste caso, o serviço está de acordo com uma norma, referencial, especificação técnica (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS), 2014 p. 6, 7).

Para os participantes é importante seguir as orientações emanadas superiormente: *“implementar as medidas propostas quer pela Direção Geral quer pelo próprio Hospital no que respeita á prevenção de riscos”* (E1).

Na categoria Recursos materiais onde se reuniu os discursos de dezanove enfermeiros, que apontaram os materiais e equipamentos como componentes marcantes para a segurança de um serviço: *“...o que é que eu considero mais importante? O material claro...”* (E11).

Para o funcionamento de um estabelecimento de saúde está implícita a sua capacidade em relação à organização e controlo dos recursos materiais essenciais para os procedimentos a ser realizados. Com a aquisição de materiais de boa qualidade e a sua manutenção, promove-se a diminuição de riscos e complicações para o utente e profissionais (MENDES & CASTILHO, 2009).

A categoria identificada por Dotações seguras foi referida nestes termos por quinze enfermeiros enquanto outros, significando o mesmo, referiam a necessidade de profissionais em número suficiente: *“uma boa lotação de recursos humanos, atentos e presentes”* (E8).

Segundo a investigação científica as dotações de enfermagem têm impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos utentes. Com melhores rácios temos menores taxas de infeção hospitalar, menos dias de internamento, menores taxas de paragens cardiorrespiratórias e maior sucesso na reanimação. Assim, dotações adequadas levam a menor mortalidade. Rácios desajustados trazem consequências para os utentes e profissionais: aumento do *stress*, exaustão emocional, insatisfação, desmotivação, absentismo e menor produção. Assim, considerando a função e proporção de enfermeiros numa instituição de saúde, as dotações de enfermagem adotadas têm grandes consequências para toda a organização (FREITAS, *et al.*, 2013).

Não podemos esquecer que a dotação segura não inclui apenas o número de enfermeiros, *“as revisões sistemáticas mais recentes identificam a importância da combinação de competências no seio das equipas para o sucesso dos resultados, demonstrando que enfermeiros com maior nível de diferenciação prestam cuidados mais seguros e com melhores resultados para os clientes”* (FREITAS, *et al.*, 2013). Deve-se então repensar a distribuição de utentes por enfermeiro e o impacto deste rácio na qualidade e segurança: *“É impossível cumprir todos os procedimentos mais normas de segurança com os rácios existentes”* (E7). Para a Federação Americana de Professores (1995) (cit por ICN, 2006) dotações seguras engloba a disponibilidade em qualquer momento da quantidade

adequada de profissionais com as habilitações necessárias para garantir que se respondem às necessidades de cuidados dos utentes e são garantidas as condições de trabalho isentas de risco. A North Carolina Nurses Association, NCNA (2005) (cit por ICN, 2006) acrescenta ainda que as dotações seguras refletem a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, das condições de trabalho dos enfermeiros e dos resultados da organização.

No âmbito da estrutura também é feita alusão à importância da Formação dos enfermeiros/ qualificação para a segurança, tendo sido referido por quinze participantes, como um serviço seguro ser: *“todo o serviço que reúna... técnicos qualificados e especializados”* (E17).

É inegável a necessidade e importância dada à formação em segurança. Com essa intenção a WHO (2011) divulgou o *Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition*, com o objetivo de promover a inclusão de conteúdos relativos à segurança nos currículos dos cursos de saúde, como a Enfermagem e assim habilitar estes profissionais deste tipo de competências.

A categoria identificada por estruturas foi mencionada por dezoito enfermeiros, referindo-se às instalações onde têm lugar a prestação de cuidados: *“infra estruturas, que nem sempre têm a melhor condição ou não se encontram no melhor estado”* (E16). Segundo Carvalho (2002 p. 24) o “projeto arquitetónico de um estabelecimento assistencial em saúde deve atender, principalmente, três fatores: funcionalidade, flexibilidade e expansibilidade... a funcionalidade tem a importância de um instrumento de trabalho: sempre será possível a improvisação, mas com sensíveis prejuízos na qualidade do atendimento”.

Nas categorias controlo de objetos e controlo de espaços, mencionadas por catorze e dezanove enfermeiros, respetivamente, ficou evidente a preocupação com o bem-estar dos utentes: *“recolha de produtos ou materiais que possa trazer consigo e possam constituir fator de risco para o seu bem-estar ou para o bem-estar de outros”* (E8). Este controlo estende-se também à preocupação com os próprios profissionais: *“tirar objetos que possam por em risco, quer o doente, quer outros doentes ou mesmo os técnicos”* (E4). Uma das especificidades dos serviços prende-se com o fato de o regime de internamento ser à porta fechada: *“acesso restrito ao exterior ou do exterior para o interior e nomeadamente o uso do recurso à chave”* (E16). Outra tarefa deveras importante é a vigilância contínua dos utentes: *“Implementação na rotina do serviço de vigilância contínua do doente, quer direta por um profissional, quer através das câmaras de vigilância dos doentes”* (E22).

A necessidade de controlo de objetos e espaços surge por o utente com patologia psiquiátrica apresentar “alteração da capacidade de pensar, de sentir, de fazer juízos críticos, de lidar com a realidade e de estabelecer relações interpessoais... gerando uma

maior ou menor alteração... consigo própria... das suas capacidades... na relação com os seus pares e meio envolvente” (LOUREIRO, 2014, p.27).

A importância da estrutura para a prestação de cuidados “é baseada no pressuposto de que boas condições prévias têm mais probabilidade de conduzir a um melhor processo de cuidados e a melhores efeitos ou consequências” (FERREIRA, 1991). Os enfermeiros descreveram todas as dimensões contidas neste elemento de avaliação de qualidade identificado por Donabedian (2003), revelando saber e desassossego com este fator da qualidade. Além disso, estabeleceram uma relação deste fator com a segurança.

### 3.1.2. Processo

Segundo a teoria de Donabedian (2003), o processo engloba as práticas que se desenvolvem entre profissionais de saúde e população na prestação de cuidados de saúde e envolve diagnóstico, planeamento dos cuidados, intervenção direta e indireta e relação terapêutica. No relatório *To Err Is Human* da IOM (1999) identificam os processos e as condições de trabalho como causas da ocorrência de erros, ou seja, um dos motivos que leva os profissionais de saúde a cometer erros ou a não conseguir impedir que estes ocorram.

Na área do processo foram identificadas três categorias nos discursos dos enfermeiros: Boas práticas, Gestão de risco e Estratégias.

Na área da saúde este tema “tem merecido atenção de pesquisadores e profissionais de saúde, preocupados, especialmente, em identificar processos que se caracterizam como Boa Prática” (PORTELA, 2000 p. 261). Boa prática, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros “advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos. São enunciados sistemáticos que têm em conta diversos parâmetros (legais, éticos, psicossociais e técnicos) e assentam tanto em avaliações como em intervenções necessárias aos processos de cuidados e seus resultados” (OE, 2007 p.4). Na categoria de Boas práticas dezasseis enfermeiros explicitam a importância de se atuar com boa prática, fundamentada com evidência científica para se poder garantir os melhores resultados em segurança, não esquecendo a formação de base: “*as boas práticas é o que a gente aprende na escola*” (E12). Dadas as especificidades da área, também é de extrema importância estar presente e disponível para o utente: “*poder estar disponível para o doente, em termos de estar presente e analisar e avaliar o doente*” (E10).

A Gestão de risco envolve o desenvolvimento de processos de prevenção de potenciais erros e de minoração dos seus efeitos ajudando, desta forma, para a qualidade e segurança dos cuidados (FRAGATA, 2009). A responsabilização pela gestão do risco clínico recai desde os elementos da prestação de cuidados até aos elementos de gestão (RAMOS, *et al.*, 2011). A categoria da Gestão do risco, mencionada por cinco participantes, mostra que estes identificam que existem riscos na prestação de cuidados e que devem ser avaliados periodicamente: *“desde a chegada do doente ao serviço até á alta e que são monitorizados mensalmente por uma pessoa que é responsável pelo risco clínico e não clínico no serviço”* (E1).

Oliveira *et al.* (2014 p. 123) mencionam que *“estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços”* e identificam estratégias para o garantir da segurança do utente, na perspetiva de enfermeiros prestadores de cuidados diretos, salientando a identificação de barreiras e oportunidades para um cuidado seguro.

A categoria Estratégias, abordada por vinte e seis participantes, revela que para além de se respeitar as boas práticas é necessário considerar os vários integrantes existentes na prestação de cuidados e que influenciam a segurança de todos: *“toda uma série de condições que garantam que à parte da condição de doença do utente, permitam assegurar o conforto e a minimização dos riscos, sejam ambientais, sejam aqueles que ocorrem do próprio estado de doença e das limitações inerentes a isso e que englobam as mais diferentes dimensões, desde a condição do próprio, até as condições do próprio ambiente do serviço”* (E16).

As categorias identificadas nos discursos dos enfermeiros revelam conhecimento e preocupação sobre a importância dos processos desenvolvidos na prestação de cuidados e o seu impacto na segurança.

### 3.1.3. Resultados

Na prestação de cuidados de saúde temos como objetivo contribuir para a melhoria do estado de saúde da população. Ao avaliar os resultados da prestação de cuidados estamos a avaliar as mudanças na condição de saúde da população, resultantes dessa prestação de cuidados (PORTELA, 2000). Donabedian (2003) refere ainda que no âmbito dos resultados são avaliadas mudanças no estado de saúde das populações, dos seus comportamentos e conhecimentos de saúde e ainda a satisfação do utente com o atendimento de saúde e com os resultados obtidos. Neste sentido, foi possível identificar duas categorias no ramo dos resultados: a Satisfação do utente e a Prevenção de incidentes/ erros.

Num estudo realizado em doze países da Europa e Estados Unidos concluíram que a qualificação do pessoal de enfermagem e a qualidade do ambiente de trabalho têm uma forte influência na qualidade, segurança e satisfação do utente (AIKEN, *et al.*, 2012). Inclusivamente a WHO (2003) desenvolveu uma proposta de avaliação e monitorização da função de prestação de serviços de saúde da qual é parte integrante, entre outros, a avaliação da satisfação dos utentes. Esta foi identificada por apenas um enfermeiro como condição de segurança para cuidados seguros: *“o fato do comportamento dos profissionais, das condições do serviço, as condições que se põem ao doente tem muito a ver com a segurança, se as pessoas se sentirem bem, se sentirem confortáveis eu acho que o risco de haver problemas de segurança é menor”* (E11).

Segundo a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional para a Segurança do Doente, segurança é definida como a minimização do risco de provocar estragos escusados no processo de prestação de cuidados (DGS, 2011). Assim, quando um serviço é avaliado quanto à sua segurança, são avaliados os resultados da prestação de cuidados, particularmente a ocorrência de erros.

Na categoria de Prevenção de incidentes/ erros, todos os enfermeiros consideram que o cumprir procedimentos institucionais é uma medida eficaz para prevenir incidentes/ erros: *“seguir as respetivas diretrizes de boas práticas e prevenção de acidentes descritas nos procedimentos internos”* (E24). Há ainda referência à importância da vigilância permanente e registos: *“Observar, diagnosticar e escrever tudo; reportar e notificar o que não está bem; realizar a anamnese do doente quando entra para o poder avaliar; avaliar os doentes com cuidado; verificar os sacos dos doentes quando chegam e retirar os objetos perigosos”* (E15).

De acordo com o relato dos enfermeiros, um serviço seguro exhibe resultados que refletem essa segurança, nomeadamente através da avaliação da satisfação do utente e da monitorização da ocorrência de incidentes/ erros.

Em resumo, podemos afirmar que o modelo utilizado explana o desenvolvimento dos discursos dos participantes pois os três elementos básicos referidos por Donabedian (2003) são expressos de modo claro, além de alicerçar alguns dos aspetos da conexão da qualidade com a segurança, particularmente quando falamos de condições de segurança.

### 3.2. Como monitorizar a segurança?

Um dos alicerces do modelo clássico da governação clínica é a segurança dos utentes e profissionais e deve ser vista como um valor de aferição da atividade de organizações de

saúde. A sua materialização é feita “através da gestão de risco como estratégia para minimizar os riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde, na perspetiva de todos os intervenientes. Assim, as organizações são responsáveis por implementar estratégias integradas e sistemáticas de gestão do risco implicando os seus colaboradores na identificação, análise, avaliação e monitorização dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde” (MS, 2010 cit por CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017).

A gestão de risco clínico numa organização de saúde envolve auditorias clínicas, indicadores de segurança, avaliação/ monitorização do risco, inquéritos de satisfação e registo de incidentes (BRUNO, 2010).

A monitorização assume assim um papel deveras importante na gestão de risco. No entanto, não existe apenas uma variável que possa ser utilizada para monitorizar a saúde, e a saúde não pode ser medida diretamente (KESZEI, et al., 2010).

O enfermeiro gestor, como explicita o regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (Diário da República (D.R.), 2015), é quem gere o risco clínico e não clínico. Devem desenvolver, promover e acompanhar os processos de avaliação e monitorização no âmbito da segurança dos serviços e conhecer os instrumentos disponíveis para assim interpretar os dados por estes fornecidos. Face à questão colocada em entrevista sobre quais as estratégias utilizadas para a monitorização da segurança do utente, os enfermeiros coincidiram nos discursos e foram identificadas três categorias: escalas, satisfação do utente e auditorias (FIGURA 10).



FIGURA 10: Categorias identificadas no âmbito da Monitorização

As escalas representam um instrumento que possibilita a monitorização da segurança dos utentes e outras dimensões da saúde. Com a sua aplicação vão surgir dados que exprimem determinados eventos ou riscos em valores numéricos ou classificações, que podem revelar ou contribuir para obter dados globais e admitem que se estabeleçam comparações (WHO, 2000). Estes instrumentos facultam informações importantes nas decisões dos cuidados prestados aos utentes e na formulação de programas e políticas de saúde e institucionais (CANO, et al., 2011).

A referência à utilização de escalas como instrumento de monitorização da segurança nos serviços verificou-se no discurso de onze participantes que referiram a escala de Morse e a escala de Braden.

A escala de Morse, utilizada para avaliar o risco de queda encontra-se validada para Portugal e é muito utilizada nos serviços de internamento (COSTA-DIAS, *et al.*, 2014). As quedas são uma importante causa de morbilidade e até mortalidade. Assim a avaliação do risco e a monitorização das quedas é essencial para a segurança do utente pois permite assinalar situações de risco e implementar medidas preventivas (MS, 2010). É um indicador de segurança do utente em contexto hospitalar e é também um indicador sensível aos cuidados de enfermagem (COSTA-DIAS, *et al.*, 2014).

Os enfermeiros participantes também referiram a escala de Braden, que é uma escala de avaliação do risco de úlcera de pressão que igualmente se encontra validada para Portugal (FERREIRA, *et al.*, 2007). Tal como as quedas, as úlceras de pressão constituem um indicador de segurança do utente que é também sensível aos cuidados de enfermagem. Os participantes referiram algumas dificuldades na adequação dos valores obtidos pelas escalas e o estado real do utente, sendo que valorizam muito a observação e a experiência profissional: *“Relativamente às quedas tem haver muito com a aplicação da escala, que nem sempre nos dá um valor exato, tenho a noção que muitas vezes o doente tem valores de risco mais elevados, mas que na avaliação da escala não dá e isso depois é da nossa perceção (...) mesmo a escala dando-nos um valor que não justifique e nós aqui decidimos, aplicamos a escala mesmo que a escala não seja indicadora precisa do risco que apresenta no momento mas se nós entendemos que tem tomamos as medidas como se a escala tivesse dado o valor de alto risco, pronto, mediante cada caso”* (E5).

Atualmente, “a boa gestão hospitalar reclama centralidade inequívoca do doente” (MS, 2010 p. 18) e a WHO (2003) tem desenvolvido um trabalho sobre a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde cuja matriz para a avaliação e monitorização da função de prestação de serviços de saúde inclui a satisfação dos utentes.

Considerando ainda que os cuidados de saúde apresentam como objetivo melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades, é natural que a opinião dos utentes forme um dos principais indicadores (PANEQUE, 2004). Além disso, a avaliação da satisfação do utente é importante na medida em que se relaciona estreitamente com os resultados em saúde, pois um utente insatisfeito pode não seguir as indicações médicas comprometendo a sua saúde e influenciando a procura de cuidados de saúde em doença futura (WHO, 2003).

Vem-se verificando o contínuo desenvolvimento de programas e instrumentos de avaliação da satisfação do utente com diferentes escalas de avaliação (PANEQUE, 2004). Mas a avaliação dos cuidados de saúde do ponto de vista do utente nem sempre traduz a qualidade e segurança com que os cuidados foram prestados. Para Donabedian (2005) a validade de todos os fenómenos traduzidos em indicadores de qualidade dependem, em

última instância, da relação entre a realização da saúde e a satisfação do utente (DONABEDIAN, 2005). O indicador de satisfação do utente foi um indicador referido individualmente como importante apenas por um enfermeiro participante, que não explicitou, por exemplo, qual o inquérito aplicado.

Um dos instrumentos de apoio à gestão utilizados, são as auditorias, que consistem num método de avaliação sistemática dos cuidados prestados com o objetivo de melhorar os mesmos e implica a existência de protocolos instituídos na organização (BUGADA, 2006). A Estrutura Conceptual da Classificação para a Segurança do Cliente define auditoria como um ciclo de atividades que visam a medição dos cuidados prestados, a comparação com um padrão (protocolos e linhas orientadoras) com o intuito de implementar medidas de melhoria contínua (DGS, 2011).

Segundo Burgada (2006, p.32) o processo de auditoria clínica implica:

- “Definição de *standards*, critérios, alvos ou protocolos de boa prática médica, em relação aos quais o desempenho possa ser comparado;
- Colheita sistemática de dados objetivos da performance - resultados ou *outcomes*;
- Comparação desses resultados com os *standards* esperados ou em *benchmarking* com os melhores;
- Identificação e correção de deficiências ou desvios;
- Monitorização dos efeitos dessas ações - fecho do ciclo da auditoria.”

Deste modo consiste num método de monitorização que permite comparações entre serviços, grupos ou profissionais, serve objetivos didáticos, possibilita a correção de atitudes e procedimentos e o desenvolvimento de *standards* (BUGADA, 2006). A DGS (2016) refere que “auditoria clínica é por definição, uma ferramenta de melhoria contínua da qualidade clínica, ao avaliar o desempenho dos prestadores, conduzindo a ganhos de eficiência.”

Vários autores referem a importância e necessidade da realização de auditorias internas e externas para conhecer as realidades relativas à segurança dos cuidados de saúde (BRUNO, 2010; FRAGATA, 2009). Estas foram identificadas por seis participantes e é referida a sua importância, nomeadamente a importância da implementação de medidas corretivas: “As auditorias são um instrumento muito válido mas a supervisão e implementação de medidas corretivas imediatas são muito importantes” (E7). É referido ainda que com as auditorias se consegue verificar a realidade da segurança dos utentes: “a consulta das auditorias, dos relatórios, dos planos de ação, anuais ou semestrais, que sejam definidos, para controlar a segurança dos doentes” (E23).

No geral, em relação às escalas, os participantes foram vagos, apenas mencionando que são aplicadas nos serviços mas depois exploram pouco a mais-valia que estas apresentam

para a segurança dos serviços. A referência às auditorias foi mais aprofundada que as restantes categorias revelando um maior envolvimento nestes procedimentos.

### 3.3. O erro na visão do gestor

O erro pode ocorrer durante o processo de prestação de cuidados levando a danos. É uma “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano” (DGS, 2011 p. 15). Engloba todas as situações em que o planeamento e execução dos cuidados de saúde não alcançam o resultado desejado (DGS, 2011). Na TABELA 4, vamos aclarar outros conceitos, de acordo a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (DGS, 2011).

<b>Erro de omissão</b>	<b>Um erro que decorre de uma ação não executada da qual o utente poderia ter beneficiado.</b>
<b>Erro de comissão</b>	Falha na conclusão pretendida por aplicação de um plano incorreto.
<b>Erro de negligência</b>	Erro devido a falta de perícia esperada ou não realização de ação obrigatória (incumprimento legal); Má prática.
<b>Erro benigno</b>	A ocorrência que não provoca prejuízo ou não tem resultados adversos.
<b>Erro clínico</b>	Um evento adverso ou quase-evento que poderia ser prevenido se fosse respeitado o conhecimento atual.
<b>Evento adverso</b>	Dano causado pela prestação de cuidados de saúde ou complicação e não pela doença, originando prolongamento do internamento e/ ou incapacidade.
<b>Acidente</b>	Um evento não planeado, inesperado e indesejado que causa dano.
<b>Quase evento - “near miss”</b>	Um evento ou situação que poderia ter resultado num acidente, dano ou doença, mas foi prevenido por ações planeadas ou não planeadas.

TABELA 4: Definições no âmbito do erro. Fonte: Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (DGS, 2011)

Os erros levam ao compromisso da segurança do utente e, assim sendo, podem ser considerados como um problema de saúde pública que deve ser objeto de preocupação e

atuação nos cuidados de saúde de qualidade. O conceito de gestão de risco surge com gradual necessidade, com o objetivo de conhecer e prever o percurso do erro nos cuidados de saúde, analisar e aprender com os que acontecem, limitar os efeitos danosos dos mesmos e implica também acompanhar os utentes e famílias afetadas (FRAGATA, 2009).

Pela complexidade inerente ao processo de prestação de cuidados de saúde e dos fatores que concorrem para que o erro aconteça é fundamental a análise dos mecanismos de causalidade do erro. Reason (2000) apresentou o modelo do queijo suíço para mostrar a orgânica de falhas num sistema. Cada sistema apresenta barreiras posicionadas habilmente para evitar o erro (pessoas, tecnologias, equipamentos...) e idealmente as barreiras não teriam falhas. Mas, este modelo admite que as falhas existem e são reveladas pelos buracos do queijo suíço. Reconhece que estas falhas são dinâmicas e vão abrindo e fechando em diferentes localizações. A presença de uma falha na barreira por si só não forma um erro. Este surge quando se alinham buracos/ falhas em todas as barreiras, produzindo uma trajetória de oportunidade de risco para o utente. O conhecimento desta realidade e compreensão deste mecanismo de erro promove uma gestão de riscos proactiva em vez de reativa.

A gestão de riscos proactiva implica a implementação de “medidas para promover maior segurança, o reporte de erros, *near miss* e eventos adversos, bem como a standardização de protocolos e orientações, incorporando tecnologias, nomeadamente de comunicação” (FRAGATA, 2009 p. 17). Este modelo de gestão promove uma cultura de segurança que promove um aproximar de atitudes, valores partilhados sobre segurança, promoção da revelação sem culpabilização e a aprendizagem em torno dos erros, que devem ser lideradas no terreno e em proximidade (FRAGATA, 2010).

James Reason (2000) distinguiu duas abordagens distintas ao erro, associando a cada uma um modelo de causalidade e, por consequência, distintas filosofias de gestão: a abordagem individual e a abordagem sistémica.

Da análise dos dados adquiridos nas entrevistas aos enfermeiros, em resposta à questão “Quando é identificada alguma falha relacionada com a segurança do doente como procede?”, identificaram-se seis categorias (*codes*). Estas, de acordo com a sua natureza sistémica ou individual, distribuíram-se por duas grandes áreas temáticas (*families*), articulando-se com a proposta de Reason referente aos dois tipos de abordagem ao erro (FIGURA 11).

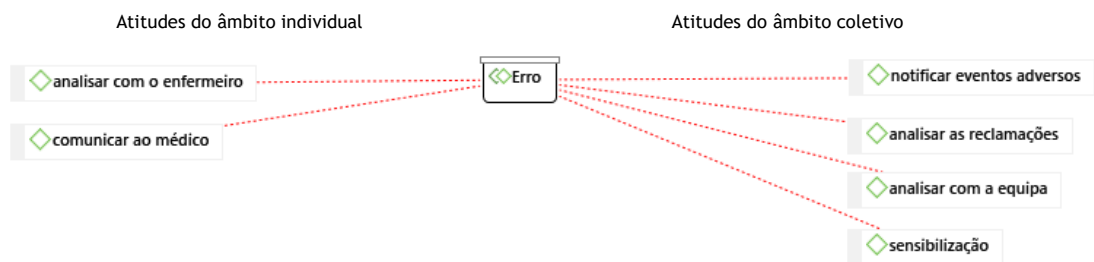


FIGURA 11 - Categorias identificadas no âmbito do erro

### 3.3.1. Abordagem individual

Na abordagem individual os profissionais que prestam cuidados diretos ao utente, portanto os elementos periféricos do processo de cuidados, são os mais responsabilizados pelo erro (CORREIA, MARTINS & FORTE, 2017). A avaliação de cada evento realiza-se em isolado e tem por base os princípios de que cada pessoa é livre de escolher entre comportamentos seguros ou inseguros e que os erros resultam de produções mentais anormais como o esquecimento, desmotivação, desleixo, negligência ou imprudência (REASON, 2000).

Nos discursos de abordagem individual dos enfermeiros evidenciaram-se duas categorias: Analisar com o enfermeiro e Comunicar ao médico.

O Analisar com o enfermeiro foi mencionado na resposta de dois enfermeiros como forma de atuar perante um erro identificado: *“Se estiver relacionada com falha a nível dos cuidados falo com a pessoa, avaliamos a situação, vemos o que é que falhou naquela situação e tentamos corrigir”* (E1). Podemos extrapolar que assumem que o enfermeiro envolvido tem responsabilidades sobre o erro ocorrido: *“É sempre discutido com a pessoa que falhou (...) discutimos logo ali (...) é pah, esqueceste-te de fazer isto, olha isto, o que é que se está a passar, olha este doente”* (E12). Esta abordagem individual permite conhecer a situação do ponto de vista do enfermeiro envolvido e tem como objetivo descobrir o mecanismo do erro.

Em relação à categoria Comunicar ao médico, mencionada por quatro participantes: *“se for necessário reporto ao médico”* (E13). Esta abordagem, que é não punitiva, não previne situações futuras, tratando-se somente de uma medida corretiva ou limitativa das possíveis consequências danosas para o episódio em concreto.

O acreditar no contributo individual para o erro é a base da cultura de culpabilização. Esta “forma tradicional de atuar em torno dos erros desperta um ciclo do medo, que leva a que ninguém deseje revelar ou ficar associado ao cometimento de um erro, passando a encobrir, sempre, novos erros” (FRAGATA, 2010 p. 567). Esta cultura deve crescer para

uma cultura aberta e frontal na abordagem ao erro num sistema de aprendizagem focado nas causas e sistemas (ALAHMADI, 2010).

Gostaria de ressaltar que em nenhum momento, no discurso dos enfermeiros, de modo direto ou indireto, fizeram referência a atitudes penalizadoras ao enfermeiro envolvido, o que aparenta ser benéfico para uma cultura não punitiva, aberta e que favorece a divulgação transparente de eventos.

### 3.3.2. Abordagem sistémica

Na abordagem sistémica admite-se que os seres humanos são falíveis e por conseguinte, os erros são esperados. Os erros são vistos como consequência e não como causa e a sua origem resulta de condicionantes sistémicas a montante e não tanto da maldade da natureza humana. Como a natureza humana não pode ser alterada deve-se atuar sobre as condições de trabalho, melhorando-as e assim prevenir-se o erro (REASON, 2000).

Nesta abordagem ao erro foram identificadas quatro categorias: Notificar eventos adversos, Analisar as reclamações, Analisar com a equipa e Sensibilização.

Uma das estratégias de avaliação mais vezes identificada pelos enfermeiros foi Notificar eventos adversos, tendo sido mencionada por dez enfermeiros. Este processo de envolvimento da equipa de enfermagem no processo de gestão do erro espelha uma visão mais aberta: *“quando identificamos algum tipo de situação, reportamos, notificam-se as situações para que sejam analisadas”* (E4). Verifica-se que há uma visão não punitiva de abordagem ao erro, não fazendo deste um assunto tabu dentro da equipa: *“Incentivo à correta participação de acontecimentos adversos, seguida de análise, triagem, avaliação, discussão e implementação de medidas corretivas”* (E22). Assim todos podem dar o seu contributo na análise do ocorrido e na elaboração de estratégias preventivas: *“discussão de incidentes em reunião de equipa e ter feedback do gestor de risco”* (E24). Não foi referido se, nesta metodologia de equipa o enfermeiro envolvido no evento teria a sua identidade revelada ou não. Este fato demonstra que, efetivamente, ainda não há a preocupação com o anonimato de quem notifica, não estando salvaguardada a identidade do enfermeiro envolvido. Por outro lado, pode revelar que a cultura não punitiva, por si só, salvaguarda o enfermeiro envolvido ao ser discutido abertamente o tema sem que o mesmo enfermeiro se sinta penalizado por isso: *“temos a avaliação e discussão semestral em reunião da equipa, portanto sobre os riscos que foram notificados”* (E3).

Em Portugal, a Direção Geral da Saúde, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Europeia tem implementado várias iniciativas de promoção da notificação de incidentes particularmente com a publicação de normas e orientações, de

manuais de apoio para os profissionais de saúde e para os cidadãos e publicação de *newsletters* com reporte do progresso do sistema de notificação de incidentes de segurança. Este, atualmente, é denominado de “notific@” e foi requalificado em 2014 com a integração de melhorias na sua estrutura e na organização de conteúdos. Também, um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 é “assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes” (DESPACHO n.º 1400-A/2015 p. 3882). Em nenhum dos participantes houve referência ao registo de notificações no sistema nacional de notificação de incidentes.

Demonstra-se assim que a Notificação de eventos adversos é do conhecimento dos enfermeiros e está bem implementada nos diferentes serviços, havendo adesão e, inclusivamente, incentivo: *“Incentivo à correta participação de acontecimentos adversos”* (E22).

Enquanto vantagem, a Notificação de eventos adversos, foi reconhecida pelos participantes a aprendizagem com os erros. A WHO (2005) refere que a notificação de eventos adversos permite conhecer os erros que acontecem e aprender com estes, permite investigação na área e formulação de recomendações de alterações nos sistemas para melhoria da segurança. Tem como principal objetivo o aumento da segurança, sendo inseparável da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Por este motivo, é uma área importante e deve ser objeto de investimento, implementação e desenvolvimento (WHO, 2005).

Um aspeto também importante é que a “subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro” (MS, 2015 p. 3882).

O Analisar as reclamações apenas foi mencionado por um dos participantes: *“análise (...) das queixas”* (E12). Seguindo a visão estratégica sistémica, pelas exposições dos utentes ou familiares podem identificar-se erros e implementar medidas para prevenir outros semelhantes no futuro. Além disso, vai de encontro aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001 p.13-14).

A gestão de risco implica o compromisso de todas as partes e o seu nível de sucesso será tão melhor quanto menos comprometido se sinta o indivíduo (HOPKIN, 2010). Assim, o envolvimento de toda a equipa na segurança do serviço mostra-se uma mais-valia.

Assim, na categoria Analisar com a equipa, onze enfermeiros abordaram a dinamização de um grupo de trabalho na gestão do erro e risco de erro: *“juntamente com o gestor do serviço, enfermeira responsável e com a médica responsável do serviço, temos que*

*perceber o que é que é possível alterar para evitá-los, aquilo que for do foro dos responsáveis é feito no imediato, aquilo que não é do foro dos gestores acabamos por ter que pedir o apoio também ao concelho de administração” (E5).*

Quanto à Sensibilização, foi mencionada por três dos participantes como estratégia de prevenção de futuros eventos adversos: *“a realização também de formação e de reuniões de sensibilização também da equipa” (E5).* A organização que pretenda aumentar a consciencialização sobre segurança deve desenvolver iniciativas no sentido de sensibilizar para o risco, através de campanhas que recorram a várias formas de comunicação (cartazes, folhetos, brochuras, formação...), dotando assim os seus profissionais de competências e conhecimentos para questões da segurança e gestão do risco (HOPKIN, 2010).

Perante a análise dos dados obtidos podemos verificar que se vive um período onde convivem a abordagem individual e sistémica. Analisam cada evento de modo individual e as ações implementadas pelos enfermeiros gestores privilegiam a abordagem sistémica: *“quando identificamos algum tipo de situação, reportamos, notificam-se as situações para que sejam analisadas quer pela chefia quer pelo gestor de risco local para serem analisados pelo risco do hospital, para tentar serem minimizadas” (E4).*

Podemos então constatar a existência de uma cultura de segurança onde se verifica grande adesão à notificação de eventos adversos e a preocupação em se analisar e procurar ações de prevenção de incidentes futuros. *“A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde” (MS, 2015 p. 3882).*

### 3.4. Áreas prioritárias na segurança do doente

Reconhecida a importância da relação entre a gestão e a segurança do utente, importa conhecer quais as áreas que os participantes privilegiam no desempenho das suas funções para promover a segurança nos serviços. Ao conhecer os focos de atenção dos participantes poderemos compreender melhor a sua atuação.

Quando abordados sobre quais as áreas que consideram prioritárias para a segurança do doente, os enfermeiros alargaram-se no discurso face a questões anteriores. Foram identificadas dezasseis áreas prioritárias que se traduzem nas seguintes categorias: Prevenção de incidentes/ erros, Família/ comunidade, Estruturas, Comunicação, Auto negligência, Risco de infeção, Sobrelotação, Boas práticas, Presença/ relação terapêutica,

Úlceras de pressão, Dotações seguras, Medicação, Recursos materiais, Queda, Estigma, Identificação do utente (FIGURA 12).

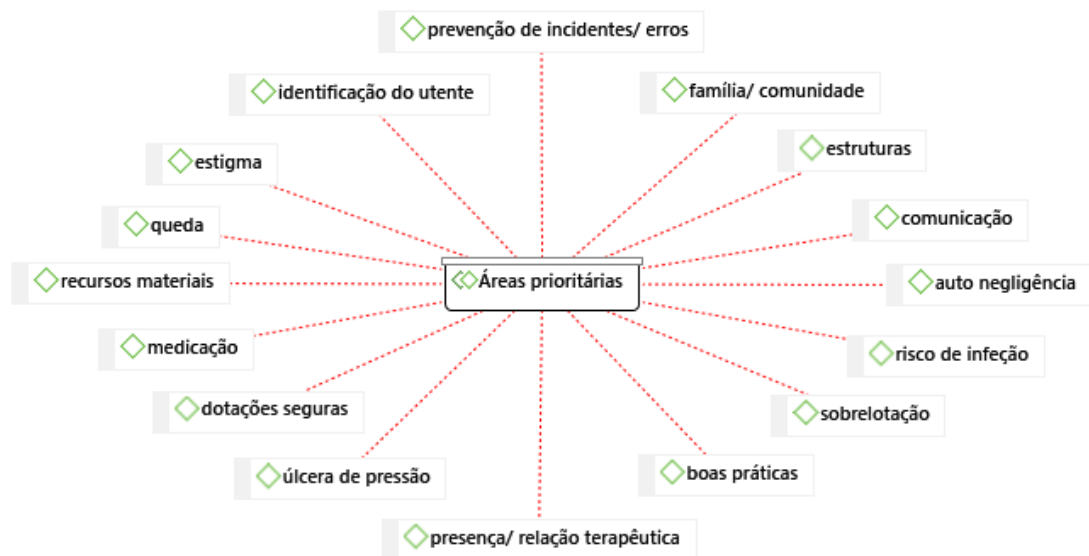


FIGURA 12: Categorias identificadas no âmbito das áreas prioritárias na segurança do utente

A Prevenção de incidentes/ erros foi mencionada por todos os participantes, evidenciando-se nos seus discursos a importância do comportamento dos profissionais e dos utentes, sendo fundamental a observação atenta: *“eu transfiro para o doente coisas que ele vai contra transferir para mim e vice-versa (...) se ele está numa atitude de grande raiva interior é evidente que ele vai partir para a ação (...) é fundamentalmente isso, estar atento ao comportamento”* (E2). Referem também a importância da vigilância, boa avaliação dos utentes, trata-los com respeito e o seguir de normas e procedimentos: *“passa muito pela vigilância”* (E20); *“identificar os doentes em maior risco (...) aplicar as normas e procedimentos da instituição e, no fundo, avaliar bem o doente”* (E18); *“O respeito por eles é essencial e depois cumprir, cumprir procedimentos, cumprir boas práticas e também atuar a nível preventivo”* (E23); *“seguir as respetivas diretrizes de boas práticas e prevenção de acidentes descritas nos procedimentos internos”* (E24). Basicamente consideram que o conhecer o utente e avaliar os riscos é fundamental: *“O princípio fundamental é conhecer o doente”* (E2); *“boa avaliação dos riscos para poder atuar na prevenção de modo eficaz”* (E19).

No PNSD 2015-2020 é preconizado que *“iniciativas devem ser estabelecidas para que as vulnerabilidades da instituição, que poderão dar origem a incidentes de segurança, possam ser proactivamente identificadas e minimizadas”* (MS, 2015 p. 3882).

A categoria Família/ comunidade, referida por cinco dos enfermeiros, aponta a importância que os familiares desempenham em todo o processo de saúde/ doença: “passa muito por promover e envolver o familiar também nesta gestão do regime terapêutico, quer seja das consultas, quer seja da medicação oral, quer seja da medicação injetável, quer seja depois também das atividades que os doentes, que nós incentivamos que o doente faça lá fora ou cá dentro” (E12). Identificam o abandono por parte dos familiares como um problema a necessitar de investimento assim como o fomentar de alternativas a nível da comunidade, evitando assim internamentos e, no geral, melhorando a qualidade de vida dos utentes: “o abandono por parte dos familiares acho que é uma das áreas em que era necessário investir, a nível de comunidade e de alternativas sociais, (...) se calhar se conseguissem andar mais monitorizados, acompanhados com mais alguma frequência, se calhar evitava que corresse riscos, que fossem internados e que pudessem ter uma vida com mais qualidade de vida” (E21).

Podemos assumir que a família é a primeira comunidade de referência para um ser humano. Existem várias definições, sendo uma delas o considerar a família como a “união de pessoas que partilham um projeto vital de existência em comum que se pretende duradouro, no qual se geram fortes sentimentos de pertença ao grupo, existe um compromisso pessoal entre os seus membros e estabelecem-se relações de intimidade, reciprocidade e dependência” (RODRIGO, 2001 cit por EIRÓ, 2011). Como em qualquer grupo, também na família podem surgir problemas que dificultem o cumprimento das suas funções e responsabilidades (EIRÓ, 2011). Um desses problemas pode ser a patologia de foro psicológico, alterando a dinâmica familiar e podendo inclusivamente levar à rutura dos laços estabelecidos pelo desgaste na relação.

As Estruturas foram enunciadas por dezoito dos participantes como sendo um tema prioritário para a segurança do utente: “*infra estruturas, que nem sempre tem a melhor condição ou não se encontram no melhor estado*” (E16), considerando que “*É impossível cumprir todos os procedimentos mais normas de segurança com (...) instalações inapropriadas com falta de segurança para utentes do foro mental*” (E7). As instalações físicas estão incluídas no elemento estrutura que faz parte do modelo de avaliação da qualidade de Donabedian (2003), como já referido anteriormente.

Um utente, durante o tempo necessário de cuidados de saúde, pode ser atendido por vários profissionais de diferentes especialidades podendo também ter de ser transferidos entre serviços ou até instituições. Assim, a Comunicação em saúde ocorre entre profissionais, entre equipas de cuidados ou entre profissionais e utente/ família possibilitando a continuidade de cuidados. A comunicação indireta refere-se à transferência de informações entre um tipo de organização de saúde para outra ou da organização de saúde para o domicílio do utente. A falha na comunicação tem vindo a ser indicada como uma das principais causas dos eventos notificados (WHO, 2007).

Enquanto área prioritária, a Comunicação foi identificada por sete enfermeiros que mencionaram a importância da partilha da informação entre a equipa multidisciplinar: *“partilho a informação com a equipa de enfermagem e restante equipa técnica”* (E17). Referiram o compromisso da confidencialidade: *“A confidencialidade, que eu acho que às vezes falha é o sigilo”* (E2). Foi também incluída a comunicação com o utente: *“e a relação versos comunicação dos técnicos com os doentes”* (E10). A comunicação é mencionada no PNSD 2015-2020 como um dos seus objetivos estratégicos: o aumento da segurança da comunicação e assim faz todo o sentido que figure nas áreas prioritárias de intervenção dos enfermeiros em psiquiatria.

A negligência *“carateriza-se por um processo de ausência da satisfação das necessidades (...) em cuidados de saúde, alimentação, segurança, educação, saúde, afeto, estimulação e apoio”* (FRANCISCO, 2014 p. 8). É frequentemente utilizada como sinónimo de descuido, desleixo, desmazelo ou preguiça. Na categoria Auto negligência, referida por oito participantes, ficou clara a renitência que alguns utentes portadores de patologia psiquiátrica apresentam em se deslocar aos serviços de saúde e em se cuidarem: *“são doentes que não aceitam muito bem ir aos seus médicos de família e aos centros de saúde (...) não se auto cuidar a vários níveis, desde a higiene (...) começar a não comer”* (E12), *“o utente psiquiátrico tradicional, estamos a falar nomeadamente dos esquizofrénicos e com alguma evolução (...) desvalorizam tudo, nomeadamente na higiene, são auto negligentes na higiene, são auto negligentes na relação, são auto negligentes praticamente no viver da forma como nós o entendemos mas isso faz parte da própria patologia”* (E14).

O Risco de infeção, abrangido pelo PNSD 2015-2020 no objetivo estratégico: prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, evidenciou-se uma preocupação nos discursos dos quinze enfermeiros participantes que, no entanto, incidiram mais em situações de contexto de infeções cruzadas: *“infeções associadas aos cuidados de saúde”* (E3). Esta área prioritária justifica-se pela elevada taxa de incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde que varia entre 5% a 10% (WHO, 2008 a).

A Sobrelotação pode ser definida como uma situação onde o funcionamento do serviço é complicado pelo elevado número de utentes que aguardam observação ou que se encontram sob tratamento, onde a lotação física ou a capacidade da equipa do serviço é excedida (GONÇALVES, 2018 p. 16). Esta categoria foi referida por cinco participantes que consideram a sobrelotação como um fator que leva ao aumento de riscos: *“a sobrelotação dos serviços, muitos doentes, o que leva realmente ao aumento de riscos”* (E17). Manifestaram também preocupação com o conforto dos utentes pela falta de sofás ou cadeiras para estes se sentarem: *“é o fato de estarmos com os serviços superlotados, é o fato de não haver onde eles se sentarem”* (E26). Outro aspeto deveras importante que referem liga-se à carência de recursos humanos suficientes para dar resposta a tantos utentes, sem esquecer a elevada rotatividade e somando todos os procedimentos inerentes a realizar: *“os doentes sempre a entrar e a sair, há uma grande mobilidade, a dificuldade*

*de os conhecer na globalidade num curto período de tempo e daí a necessidade de provavelmente existir mais elementos de apoio no trabalho” (E9), “é muito complicado, muitas das vezes estamos só dois” (E26).*

Com a sobrelotação dos serviços temos ameaçada a qualidade dos cuidados e dificultada a prestação atempada destes (LIN *et al.*, 2015 cit por GONÇALVES, 2018 p. 17). A implicação para os cuidados e segurança dos utentes associa-se, por exemplo, ao atraso na administração de medicação. Pode levar a uma prestação de cuidados apressada, aumentando a probabilidade de erros em algumas etapas do diagnóstico ou tratamento, o que pode acabar por conduzir a elevadas taxas de complicações e aumento da mortalidade (GONÇALVES, 2018 p. 17-18).

As Boas práticas foram referidas por dezasseis enfermeiros como sendo algo que é inculcido desde o curso de base: “as boas práticas é o que a gente aprende na escola” (E12). A prática baseada na evidência e as boas práticas são temas extremamente atuais e fundamentais para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados (OE, 2001). As Boas práticas são definidas como práticas clínicas, científicas e/ ou profissionais baseadas na evidência e reconhecidas pela maioria dos profissionais de uma área específica (DGS, 2011).

A Presença/ relação terapêutica, referida por doze participantes, é mencionada como uma estratégia de extrema importância não só para uma correta e completa avaliação do utente mas também para o estabelecer de relação terapêutica com este: “*poder estar disponível para o doente, em termos de estar presente e analisar e avaliar o doente, quer do ponto de vista clínico, quer do ponto de vista de escuta ativa, e portanto com essa presença também garantir a possibilidade e a capacidade de monitorizar o mais possível o doente face a todos os riscos*” (E10), “*sempre que possível, estar presente*” (E26), “*é uma estratégia muito importante, mostrar disponibilidade, mostrar abertura e mostrar atenção*” (E16). Fica evidente a importância da relação que os enfermeiros podem estabelecer com os utentes e que a falta desta poderá desencadear situações de conflito e até mesmo agressividade: “*nós tentamos que seja criado um clima de alguma empatia onde as pessoas possam sentir que estão bem acolhidas (...) o mesmo doente, com profissionais diferentes, no internamento, tem níveis de agressividade completamente diferentes*” (E11), “*a relação aqui do enfermeiro é única mas tem de ser valorizada e aproveitada*” (E14).

Na enfermagem de saúde mental a relação terapêutica tem um papel central no processo de cuidar, pois a restauração do equilíbrio do utente em sofrimento mental assenta em relações interpessoais significantes (CHALIFOUR, 2008 cit por PEREIRA & BOTELHO, 2014 p. 62). Este tipo de relação caracteriza-se por ser interpessoal, centrar-se no bem-estar do utente e desenvolver-se por etapas num espaço temporal limitado (PEREIRA & BOTELHO, 2014 p. 62).

Collière (1999 cit por DIOGO, 2017 p. 21) defende que “é a relação com o doente que se torna o eixo de cuidados no sentido em que é simultaneamente o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”. A relação entre enfermeiros e utentes encontra-se imbuída de emoções que se transmitem em cascata (COLLIÈRE, 2003 cit por DIOGO, 2017 p.22). Considerando as vivências de afetividade desmedida e perturbante dos utentes, em choque com a doença e hospitalização, é frequente estes projetarem na relação com os enfermeiros o seu mal-estar, a sua disforia, o seu medo, a sua angústia, o seu sofrimento, ajustando essa mesma relação a cada instante da interação (DIOGO, 2017 p.22).

A Úlcera de pressão enquanto elemento de atenção prioritário foi referida por onze dos participantes: *“prevenir de lesões, como úlceras”* (E14). A taxa de incidência de Úlceras de pressão é de 10% a 14% (WHO, 2008 a) e mais uma vez está contemplada no PNSD 2015-2020 no objetivo estratégico de prevenção da ocorrência de úlceras de pressão.

As Dotações seguras representam também uma preocupação para quinze enfermeiros no que se refere à segurança dos utentes: *“deveriam existir mais elementos por turno, em especial no turno da noite, que só está um enfermeiro com um assistente operacional”* (E27). Outra questão que se levanta prende-se com o seguir os procedimentos e normas da instituição: *“É impossível cumprir todos os procedimentos mais normas de segurança com os rácios existentes”* (E7).

A dotação adequada de profissionais é um aspeto fundamental para o atingir de índices de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde para a população alvo e para a organização, devendo, para isso, utilizar metodologias e critérios que possibilitem uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população (OE, 2014).

A categoria Medicação também se encontra contemplada no PNSD 2015-2020 e foi reconhecida como área prioritária por dezanove dos vinte e sete enfermeiros participantes, reunindo um grande volume discursivo: *“dar a medicação certa ao doente certo”* (E21). Nos seus relatos foi possível perceber que os fármacos utilizados provocam muitos efeitos colaterais: *“os riscos inerentes à farmacologia e aos seus efeitos colaterais”* (E8). Além disso causam compromisso a nível cognitivo: *“temos os efeitos secundários que nós sabemos que comprometem e muito a capacidade da pessoa manter o seu coeficiente intelectual a um nível satisfatório”* (E14). Procuram minimizar os erros de preparação ao estarem dois enfermeiros nessa tarefa: *“na preparação da medicação, preparamos sempre dois enfermeiros”* (E17). Referem mais dois problemas, que se relacionam com o *“não cumprimento da medicação”* (E13) e *“a falta de eficácia da medicação também é uma realidade em alguns utentes”* (E14). Além da identificação de problemas próprios da segurança do medicamento foram relatadas estratégias nesse sentido: *“os doentes vêm ao gabinete toma-la individualmente, sempre na presença do*

*técnico para confirmação, antes da administração confirma-se novamente a medicação à frente do doente, é descapsulada e o doente toma” (E17). A taxa de incidência de eventos adversos relacionados com a medicação é de 7,5% a 10,4% (WHO, 2008 a). O que se pretende é que “o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verificarem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar” (MS, 2015 p. 3882).*

Não existe consenso sobre a definição de um erro de medicação. Para o *United States National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP) erro de medicação é “qualquer evento evitável que possa causar ou levar ao uso inadequado de medicamentos ou danos ao paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, do paciente ou do consumidor” (NCC MERP, 2015 cit por OMS, 2016).

A categoria Recursos materiais foi mencionada por dezanove dos participantes: “*o que é que eu considero mais importante? O material claro, lógico” (E11). Além de enumerarem os diversos recursos materiais disponíveis abordam a importância da sua condição: “recursos materiais que nem sempre têm a melhor condição ou não se encontram no melhor estado” (E16). Expõem também a sua importância para o minimizar de riscos: “depois as ajudas, os dispositivos médicos que nós podemos utilizar, nomeadamente as almofadas, os colchões anti escaras (...) as botas de proteção para os calcâneos” (E21), “a colocação de um cinto para minimizar o risco de queda, a trituração muitas das vezes da medicação pelo risco de não toma de medicação, o uso de colchões para o risco de úlceras de pressão e também a transferência dos doentes para outros serviços, quando há o risco de fuga” (E19). Outro aspeto deveras importante é o assegurar dos recursos materiais necessários para a prestação de cuidados: “garantir recursos materiais para assegurar os cuidados (...) ter camas articuladas, mobiliário apropriado, pavimento antiderrapante, tomadas protegidas, persianas sem a fita à mostra” (E15). Outra preocupação prende-se com o destino do material de limpeza utilizado pelos assistentes operacionais: “o que é que fazem no final do turno com todos esses instrumentos de limpeza, se vão para lavar, onde é que são lavados, onde é que são guardados” (E20).*

Recursos materiais são “todas as coisas contabilizáveis que entram como elementos constituídos ou constituintes na linha de atividades de uma empresa” (VIANA, 2002 cit por HONÓRIO & ALBUQUERQUE, 2005 p. 259). A administração de materiais compreende ter os materiais essenciais no número, local e tempo certo à disposição dos elementos que compõem o processo produtivo da empresa. A falta de material nas unidades hospitalares, principalmente em instituições públicas, é um problema com o qual os enfermeiros se deparam com alguma frequência ao longo do desempenho da sua atividade profissional. Esta falta de material além de causar *stress* na equipa leva à interrupção da assistência prestada e, conseqüentemente, danos ao utente (MENDES & CASTILHO, 2009 p. 324-325).

As Quedas em internamento surgem em cerca de 4,8 a 8,4 por 1000 utentes (WHO, 2008 a). Também abrangida no PNSD 2015-2020, a prevenção da ocorrência de quedas também foi referida por vinte e quatro enfermeiros que enunciaram a queda como um foco de intervenção prioritário, referindo mesmo a importância da avaliação contínua dos utentes: *“avaliamos o risco de queda e tomamos as medidas necessárias, que podem ser desde a supervisão na marcha, quando o doente não tem consciência das limitações por vezes utilizamos cintos de proteção, para evitar que caiam”* (E21). Para melhor avaliação dos utentes aplicam uma escala: *“Correta aplicação da escala de risco de queda com a frequência definida e adoção de medidas preventivas de acordo com o resultado”* (E22).

A categoria Estigma foi enunciada por quatro dos participantes: *“o estigma permanece na saúde mental”* (E2). Esta área é prioritária na medida em que atinge não só os utentes mas também os prestadores de cuidados: *“estigma por parte dos prestadores de cuidados e resistência dos doentes, pela sua patologia psiquiátrica, não aceitam”* (E12). Validam o Estigma como sendo um risco muito elevado, considerando que enquanto prestadores de cuidados devemos aceitar e tomar as devidas diligências para integrar os utentes, caso contrário estamos a potenciar o risco: *“por causa do estigma, isto é, basicamente nós estamos a estigmatizar uma franja da população e estamos de alguma forma nós a colocá-los em risco, porque a partir do momento em que nós não aceitamos uma pessoa e não a tentamos integrar, isso é que é um risco”* (E11).

O Estigma pode ser definido como “um atributo, visível ou não, que denuncia uma imperfeição no indivíduo, que o desqualifica de uma aceitação comunitária plena, resultando em atitudes discriminatórias (...) uma desaprovação social severa devido a características presumidas ou verídicas, crenças ou comportamentos, que não estão de acordo com as normas económicas, políticas, culturais ou sociais” (CORBIÈRE *et al.*, 2012 cit por OLIVEIRA & AZEVEDO, 2014 p. 227). Este subsiste enquanto tema difícil na sociedade, culminando em efeitos nocivos para os utentes portadores de patologia mental, pois vai atrasar ou impossibilitar a procura de cuidados de saúde, a instituição ou a manutenção de tratamento e a sua recuperação (OLIVEIRA & AZEVEDO, 2014 p. 227). De acordo com a Associação Mundial de Psiquiatria, o estigma leva a um ciclo vicioso de exclusão social e discriminação, formando uma barreira para a qualidade de vida das pessoas com doença mental e dos seus familiares, algumas vezes até mais importante que a própria doença (BARBOSA, 2010 cit por OLIVEIRA & AZEVEDO, 2014 p. 227). É uma barreira colossal para essas pessoas pois são muitas vezes evitados por amigos e familiares, discriminados por colegas, dispensados pelos empregadores e tudo isto se torna um obstáculo à integração social e vida plena em sociedade (ROCHA *et al.*, 2015 p. 591).

A falta de identificação inequívoca do utente, de acordo com WHO (2007 a) contribui em grande parte para erros de medicação, erros de transfusão, erros em exames, procedimentos em pessoas erradas, entrega de bebés a famílias que não as suas. Entre Novembro de 2003 e Julho de 2005, a Agência Nacional de Segurança do Paciente do Reino

Unido (cit por WHO, 2007 a), registou 236 quase-eventos e quase eventos relacionados com a falta de pulseiras ou pulseiras com informações incorretas. A Identificação do utente foi referida por sete enfermeiros como prioritária embora em discursos breves: “*garantir a identificação dos doentes, colocar pulseiras, escrever nome nas camas*” (E24). Mais uma vez, esta categoria respeita as indicações do PNSD 2015-2020 no objetivo estratégico de assegurar a identificação inequívoca dos utentes.

As áreas prioritárias reconhecidas pelos enfermeiros, refletem preocupação com eventos adversos com superiores taxas de ocorrência e com as razões expostas como mais consideráveis para o aparecimento de eventos adversos. Além disso, as áreas prioritárias identificadas abrangem sete dos nove objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020, apartando o aumentar a cultura de segurança do ambiente interno bem como o aumentar a segurança cirúrgica.

### 3.5. Estratégias para a segurança do doente

A norma *International Standards Organization (ISO) 9001* de 2015 menciona que a gestão da qualidade deve admitir a presença de riscos, o que implica a determinação dos mesmos. A identificação desses riscos deve servir de suporte ao planeamento e implementação de processos de gestão de qualidade (Instituto Português da Qualidade (IPQ), 2015).

As organizações devem dotar-se de estratégias para gerir o risco num ambiente que se caracteriza pela incerteza e pela permanente mutação. Torna-se essencial desenvolver uma cultura organizacional de prevenção do risco onde, com a partilha de um conjunto de valores e princípios vão contribuir para diminuir o erro, reduzindo assim a ocorrência de erros e as suas consequências (HOPKIN, 2010).

Recentemente, a gestão de risco nas organizações tem vindo a crescer com o objetivo de prevenir erros ou eventos adversos. Engloba uma competente gestão de recursos e atividades, o aumento da flexibilidade organizacional e a melhoria da aptidão da organização em lidar com situações de risco (DICKINSON, 2001).

A gestão do risco clínico tem como propósito promover a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do utente com a implementação de procedimentos de prevenção de possíveis erros, bem como minorar as suas consequências (FRAGATA, 2009).

A norma ISO 9001:2015 referencia que os riscos devem ser identificados, planeadas ações para os tratar e realizada uma avaliação da eficácia das mesmas, com o objetivo de alcançar os objetivos ambicionados, fomentar os efeitos desejáveis, prevenir ou reduzir os

efeitos indesejáveis e conseguir o melhoramento. Essas medidas devem ser proporcionais ao potencial impacto da ocorrência do risco e incluem evitar os riscos, assumir o risco no âmbito da perseguição de uma oportunidade, supressão da fonte do risco, alterar a probabilidade ou as consequências, se houver resolução de manter o risco e partilhar essa informação (IPQ, 2015).

No que se refere à gestão de risco dos utentes a *National Patient Safety Agency* (NPSA, 2007) defende cinco passos como metodologia de gestão de risco fácil e eficaz (FIGURA 13).

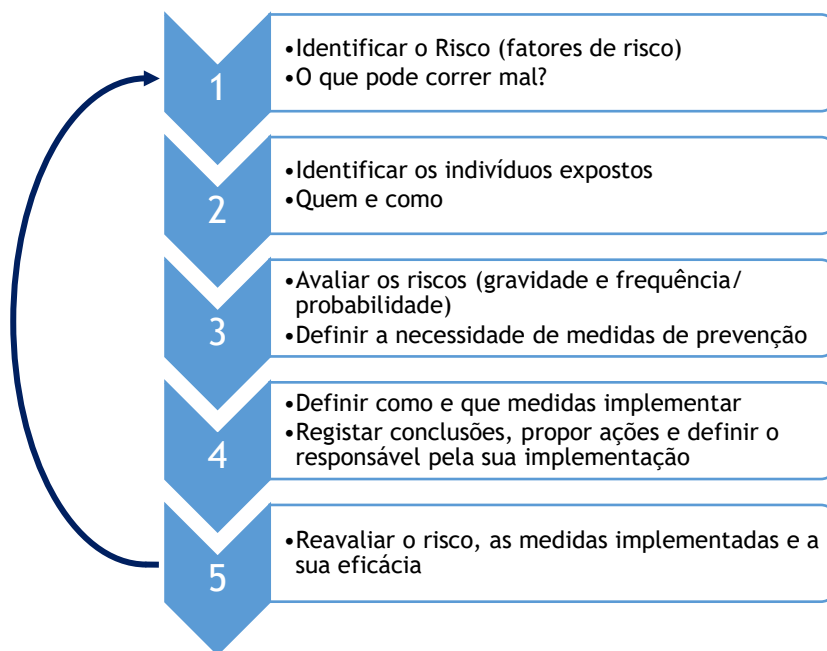


FIGURA 13: Os cinco passos da gestão de risco da NPSA (adaptado NPSA, 2007)

O primeiro passo consiste em identificar os riscos, como eles podem ocorrer e aprender com eventos passados. Para isso é necessário analisar o local de trabalho ou área clínica e conversar com os utentes e profissionais, descrever a atividade a ser avaliada/ analisada e envolver a equipa multidisciplinar na análise do risco. No segundo passo vai-se determinar o número de utentes em risco de sofrer o potencial dano e a probabilidade de acontecimento, considerando que existem utentes mais vulneráveis (NPSA, 2007). Chegados ao terceiro passo vai-se determinar a gravidade do potencial dano e a sua verosimilhança assim como a necessidade de implementar medidas adicionais. Já no quarto passo e considerando que um sistema bem documentado é importante no suporte à gestão do risco onde se espelhe a fundamentação da decisão de quais as medidas a implementar e de que modo. Também se vai verificar se a análise do risco foi completa, se as medidas implementadas são eficazes, se o risco remanescente é aceitável e se as

soluções são realistas, exequíveis e eficazes. De ressaltar que é tolerável algum grau de risco, se os benefícios superarem os riscos. Chegados ao quinto passo ir-se-á reavaliar o risco sempre que haja uma mudança considerável, quando se planeia alguma mudança e rotineiramente uma vez por ano (NPSA, 2007).

Os enfermeiros, quando questionados sobre quais as estratégias que utilizam para a monitorização da segurança do doente, alargaram-se nos discursos e foram identificadas vinte categorias: Comunicar ao médico, Registos, Sensibilização, Controlo de espaços, Analisar com a equipa, Formação/ qualificação dos profissionais, Notificar eventos adversos, Comunicação, Recursos materiais, Escalas, Controlo de objetos, Ensinos, Dotações seguras, Incentivar, Prevenção de incidentes/ erros, Presença/ relação terapêutica, Identificação do utente, Boas práticas, Medicação e Auditorias (FIGURA 14).



FIGURA 14: Categorias identificadas no âmbito da segurança dos utentes

A categoria Comunicar ao médico foi mencionada por quatro participantes que demonstraram a importância de se reportar efeitos laterais da medicação assim como outra situação que possa comprometer o estado de saúde do utente, como por exemplo, as quedas: *“comunicação ao médico de efeitos colaterais da terapêutica, quedas ou outras intercorrências”* (E24). Notou-se nos discursos que os médicos são um elemento por vezes pouco presente, havendo necessidade de serem chamados ao serviço para avaliar os utentes: *“chamam-se os médicos ao serviço para avaliar os doentes”* (E15). Em situações especiais, como o caso de uma descompensação do estado psicopatológico também é importante a presença do médico: *“o doente está a descompensar, se pudermos telefonamos logo para o médico”* (E12).

Os enfermeiros são um dos elementos de uma equipa multidisciplinar onde atuam em complementaridade funcional com autonomia, almejando objetivos comuns previamente traçados. Segundo o artigo 9, alínea 3 do Regulamento do Exercício Profissional do

Enfermeiro (REPE): “consideram-se interdependentes as ações realizadas pelo enfermeiro de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (REPE, 1996).

A comunicação ao médico, como conduta prioritária afigurar-se apropriada pois as situações que modifiquem o estado do utente podem carecer de procedimentos médicos específicos, como a prescrição de medicação, pedido de exames laboratoriais e avaliação clínica mais criteriosa (SANTOS & PADILHA, 2005 p. 431).

No que se refere aos Registos, em sete entrevistas os enfermeiros referiram os registos como elemento estratégico para a segurança: “colocar no SClínico, vigiando e colocando exatamente o que é que eu vejo, se verbaliza ideação, se não verbaliza, se tem comportamentos que levem a pensar que pode eventualmente cometer tentativa de suicídio” (E2). O “SClínico” é uma aplicação informática onde os profissionais realizam os seus registos. “A utilização de tecnologias de informação e comunicação no campo da saúde constitui-se como um elemento essencial para a promoção de modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes com os cuidados de saúde” (MS, 2011 p.3). Os registos informatizados são então reconhecidos como fonte fiável de informação sobre segurança, o que viabiliza o diagnóstico e intervenção neste âmbito, bem como estratégia de prevenção de erros.

A Sensibilização foi referida em três discursos dos enfermeiros participantes: “promover juntamente com os gestores do serviço as medidas preventivas para cada risco identificado na realização de reuniões de sensibilização da equipa” (E5), associando a sensibilização à segurança dos utentes e profissionais: “sensibilização das equipas para os riscos” (E3); “sensibilizar os doentes” (E16). Esta categoria também foi identificada nos discursos de reação face ao erro e aqui também surge como estratégia de disseminação de uma cultura de segurança que permite incentivar condutas seguras e mudanças de comportamentos, práticas e atitudes (HOPKIN, 2010).

O Controlo de espaços, referido por dezanove participantes, revela que é tido especial cuidado com o encerrar de portas e janelas: “gazuas nas persianas, fechaduras nas janelas e portas” (E19). Também o restringir de áreas e a vigilância permanente, quer presencial, pelos profissionais, quer pelo recurso às câmaras de vigilância que se encontram dispersas pelo internamento: “restringo áreas de acesso, vigio refeições e assisto nos cuidados de higiene. Também se fazem rondas e vigilâncias durante os turnos, quer de dia, quer de noite” (E27), “Existem regras na instituição e no serviço, de segurança, como recolha dos doentes, as portas dos serviços são fechadas (...) câmaras localizadas estrategicamente em alguns pontos da enfermaria” (E17), “Implementação na rotina do serviço de vigilância contínua do doente, quer direta por um profissional, quer através das câmaras de

*vigilância*” (E22). Outro aspeto importante é a vigilância prestada pelos restantes utentes: *“às vezes outros doentes também, que às vezes veem coisas que nós não conseguimos ver”* (E6). Também referem como importante a verificação do estado das instalações e equipamentos para poderem efetuar o pedido de reparação: *“supervisão do estado das instalações e equipamentos (...) reparação imediata de equipamentos ou instalações inadequados”* (E24). Em suma: *“vigilância constante e o gerir o ambiente físico”* (E18).

Vários serviços de psiquiatria funcionam com o regime de porta fechada o que por si só apresenta vantagens assim como desvantagens para a segurança do utente (O’ BRIEN & COLE, 2003; VAN DER MERWE *et al.*, 2009 cit por KANERVA *et al.*, 2016). Este regime apresenta como vantagens a proteção contra visitantes não desejados, furtos, entrada de estupefacientes e possibilita aos profissionais prestar cuidados mais eficientes e permanecer mais tempo de qualidade com os utentes em vez de vigiar as portas. Como desvantagens foi dado ênfase ao poder exercido pelos profissionais e o fato deste regime levar os utentes a se sentirem deprimidos, ansiosos, aborrecidos, frustrados e potenciar o estigma em torno da saúde mental (VAN DER MERWE *et al.*, 2009 cit por KANERVA *et al.*, 2016). A vigilância pode ser vista como um limitador da atividade dos utentes onde se pode recorrer ao uso de equipamentos (BLACK & SMITH, 2003 cit por SALZMANN-ERIKSON & ERIKSSON, 2012). As instituições de saúde mental recorrem sistematicamente à vigilância e monitorização dos espaços (GALLEGHER, 2010; SIEBIG *et al.*, 2010 cit por SALZMANN-ERIKSON & ERIKSSON, 2012). Esta vigilância constante serve como meio de recolha de dados sobre os utentes assim como dos seus comportamentos o que vai auxiliar na elaboração do plano de cuidados (SALZMANN-ERIKSON & ERIKSSON, 2012 p. 501).

A categoria Analisar com a equipa foi referida por onze participantes, que mencionaram ser realizadas reuniões, com frequência definida, mediante o serviço, estando presentes os diversos elementos da equipa multidisciplinar: *“juntamente com o gestor do serviço, enfermeira responsável e com a médica responsável do serviço, temos que perceber o que é que é possível alterar para evitá-los”* (E5), *“a avaliação e discussão semestral em reunião da equipa, portanto sobre os riscos que foram notificados”* (E3), *“discussão de incidentes em reunião de equipa e ter feedback do gestor de risco”* (E24), *“mensalmente temos que discutir isso em reunião de equipa”* (E1). Outro conceito que surge da análise do discurso dos participantes é a preocupação em analisar os riscos e tomar medidas corretivas: *“temos que perceber o que é que é possível alterar para evitá-los, aquilo que for do foro dos responsáveis é feito no imediato, aquilo que não é do foro dos gestores acabamos por ter que pedir o apoio também ao concelho de administração”* (E5).

Nesta categoria vemos refletida a necessidade de se abordar as questões essenciais à segurança com a equipa de uma forma construtiva, contribuindo assim para uma cultura de segurança que representa uma das ações de redução do risco propostas pela WHO (DGS, 2011).

A Formação/ qualificação dos profissionais foi referida como estratégia para a segurança no serviço por quinze dos enfermeiros participantes: “planeia-se formação em horas de serviço” (E15), demonstrando a disponibilidade da instituição para melhorar os conhecimentos dos profissionais. Os próprios participantes reconhecem essa necessidade: “fazer formação e manter-me em atualização contínua” (E24). Não ficou esquecida a importância da formação face à prevenção de riscos: “Realização de formação em matérias relacionadas com a segurança do doente; higiene e segurança do serviço; segurança dos doentes, etc.” (E22). Ficou claro que a qualificação dos profissionais ajuda a aumentar os níveis de segurança do serviço: “boa preparação do pessoal técnico” (E11).

É da responsabilidade dos órgãos de gestão das instituições proporcionar ambientes e condições de trabalho sadios e seguros e ainda formação, no sentido de apetrechar os profissionais de saberes que lhes permitam adotar atitudes que contribuam para a sua própria segurança no trabalho. Logo, trata-se de uma responsabilidade partilhada (MS; ARSLVT, IP, 2010). A gestão de risco clínico acarreta o desenvolvimento de um projeto de ação que se implementa com base num programa de formação estruturado de todos os profissionais (RAMOS, *et al.*, 2011). Além disso, a formação em questões de segurança está largamente relatada como necessária para capacitar os profissionais de conhecimentos que os levem a desenvolver a sua prática profissional de modo seguro (WHO, 2011).

A Comunicação é referida como estratégia para a segurança no discurso de sete enfermeiros: “passar a informação” (E21), “partilho a informação com a equipa de enfermagem e restante equipa técnica” (E17), “comunicação dos técnicos com os doentes” (E10); além da comunicação de informações relativas ao estado do utente também a comunicação com o utente, adequada, ajuda a resolver e prevenir muitas situações danosas. Devemos ter presente que a transmissão de informação clínica pode dar origem a erros mas nesta situação é referida como instrumento de segurança, quer entre os profissionais quer entre os profissionais e utente. Nesse sentido, a WHO (2007) definiu nove soluções para a segurança do utente, sendo a comunicação uma delas, com recomendações para uma comunicação segura entre profissionais, com a família/ cuidadores assim como com outras instituições.

Os Ensinos foram referidos apenas por dois participantes, onde se percebe a sua importância pela dotação do utente com conhecimentos que o vão ajudar a ter melhor perceção da sua patologia e a melhorar o seu estilo de vida, tornando-o mais saudável: “são os ensinos, a promoção da toma correta da medicação, dos efeitos secundários, passa muito por promover, promover, promover e envolver o familiar também (...) abrange desde ensinos sobre a alimentação, ensinos sobre exercício” (E12).

Enfermagem é uma profissão de extrema complexidade e tem um papel fundamental na satisfação das necessidades dos utentes, em particular as necessidades de informação. Os enfermeiros, que se encontram dotados de conhecimentos científicos têm o dever de

desenvolver competências que lhes permita cuidar do utente de modo holístico e personalizado, na medida em que este se encontra num processo de forte componente emocional, medo do desconhecido e dependente de outros (VIOLANTE, 2014 p. 17). É fundamental que a família seja preparada para assim se poder dar continuidade aos cuidados iniciados no internamento. A família nem sempre oferece o apoio necessário ao utente pois depara-se com dificuldades, tais como o desconhecer dos cuidados e técnicas, o ambiente familiar ser desajustado e a falta de apoios (CASTRO, 2008 p. 52).

A categoria Incentivar, também mencionada apenas por dois participantes, foi apontada como estratégia para a segurança do utente na medida em que promovem a adesão ao regime terapêutico e incluem estilos de vida saudável: *“promover a adesão ao regime terapêutico, que passa por ir às consultas (...) incentivamos muito os doentes à atividade física, inclusão de estilos de vida saudável”* (E12). Também passa por levar os utentes a realizar atividades comuns em sociedade: *“agarrar nos doentes e levá-los a fazer coisas lá fora como ir ao teatro, o grupo coral, exposições”* (E11).

Os hospitais psiquiátricos têm efetuado mudanças nos cuidados prestados aos utentes crónicos, com o estabelecer de programas com o objetivo de reconquistar a sua independência e reintegrá-los na sociedade. No entanto existem alguns profissionais de saúde mental que duvidam que estes sejam capazes de viver em sociedade com alguma independência (BRESSAN & SCATENA, 2002 p. 683).

Na categoria Medicação, identificada por dezanove enfermeiros, apenas um enfermeiro especialista refere o sistema de medicação unidose: *“gestão segura da terapêutica, como por exemplo, unidose, verificação periódica das validades da terapêutica em stock e material clínico, monitorização de efeitos secundários da terapêutica”* (E24). Outra estratégia de gestão do risco identificada pela WHO é a disponibilização de sistema de ajuda e dispensa da medicação (DGS, 2011). Esta metodologia de trabalho permite que o enfermeiro receba a medicação do utente, identificada para 24h, diminuindo assim a possibilidade de erros de medicação, nomeadamente trocas de medicamentos. Outro aspeto de extrema relevância, referido por um enfermeiro especialista, é a importância da experiência e conhecimentos de farmacologia: *“não temos instrumentos que nos digam qual é a melhor medicação para cada utente mas é muito baseada na experiência com os medicamentos que os vários técnicos têm, nomeadamente dos enfermeiros, que são quem as institui, são os enfermeiros que gerem a medicação de SOS que é uma prática muito frequente em psiquiatria e muito valiosa”* (E14).

As estratégias de segurança dos enfermeiros enumeradas expõem estratégias de auxílio à prática de cuidados seguros como é o caso do Comunicar ao médico, Registos, Comunicação, Medicação e Procedimentos.

Algumas das estratégias elucidadas pelos enfermeiros estão de acordo com as ações de redução de risco reconhecidas pela WHO e outras recomendações deste organismo. Porém,

não ficou evidente uma abordagem de gestão dos erros segundo os modelos de gestão do risco apresentados.

### 3.6. Riscos no serviço de psiquiatria

O utente portador de transtorno mental apresenta particularidades resultantes do seu estado psicológico. Essas características podem ser predisponentes de comportamentos de risco, como o suicídio e a violência, influenciando a segurança do próprio assim como a de quem o rodeia (VANTIL et al., 2018).

A saúde mental vê reconhecida a sua importância pela OMS (2001) desde a sua origem refletindo-se na sua própria definição como “não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Ultimamente esta definição ganhou maior distinção, como resultado de grandes progressos nas ciências biológicas e comportamentais.

A doença mental engloba uma variada gama de perturbações que afetam o comportamento emocional, social e intelectual, sendo a sua manifestação em determinado momento, ao longo da vida, antes do qual não haviam alterações ou perda de capacidades. Em muitos casos pode ser curada (BARROSO, 2013 p. 14).

Devemos considerar que na área da gestão do risco clínico, os enfermeiros dos serviços de saúde mental e psiquiatria têm como objetivos:

- Identificar situações de risco potencial e de crise e analisar, propor e implementar soluções para os problemas encontrados;
- Identificar lacunas e realizar planos de intervenção para as colmatar, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente, família e cuidadores informais;
- Contribuir para a criação do processo clínico, através dos registos de enfermagem, traduzindo assim, as práticas dos enfermeiros e os resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (SILVÉRIO, 2012 cit por BARROSO, 2013 p.15).

Com o processo de gestão do risco clínico, o enfermeiro “contribui para a prevenção de suicídio, não adesão à terapêutica, agressão, infeções, prevenção de quedas, prevenção de úlceras de pressão e de erros medicamentosos” (BARROSO, 2013 p.15). Em sentido inverso, pode haver relação entre determinadas patologias que podem despoletar doenças como a depressão, por exemplo (OMS, 2013; OMS, 2014).

Quando questionámos os participantes sobre quais os riscos e riscos específicos que o utente em psiquiatria apresenta, fomos inundados com a enumeração de múltiplos riscos e conseguimos identificar trinta e uma categorias: *Stress*, Substâncias ilícitas, Medicação, Sedação, Sobrelotação, Rotatividade doentes, Identificação do utente, Registos, Confidencialidade informação, Perda de informação, Social, Terceiros, Estigma, Estado psicopatológico, Envelhecimento, Co morbilidades, Úlcera de pressão, Queda, Risco de infeção, Fuga/ abandono, Defenestração, Atropelamento, Perder, Auto negligência, Conflitos, Agressividade, Agitação, Incêndio/ tabaco, Alimentação, Engasgamento e Tentativa de suicídio/ suicídio (FIGURA 15).

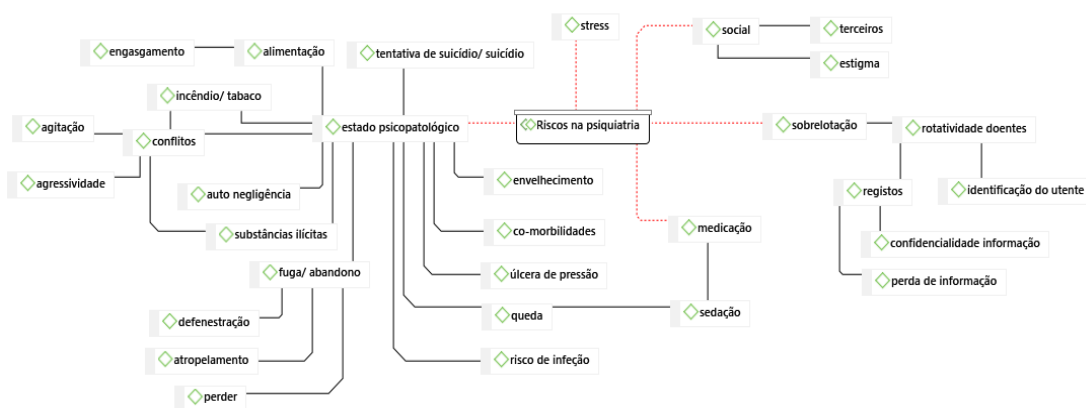


FIGURA 15: Categorias identificadas no âmbito dos riscos presentes na psiquiatria

Dado o elevado número de categorias procuramos agrupá-las, considerando a sua relação. Assim, definimos como principais as categorias *Stress*, *Social*, *Sobrelotação*, *Medicação* e *Estado psicopatológico*. As restantes categorias derivam então destas.

Como referido anteriormente, temos muitas categorias para analisar e parte destas já foram abordadas anteriormente, por isso iremos apresentar os resultados obtidos de modo diferente das restantes áreas, procurando ser sucintos e o mais objetivos possível. Para esse efeito, contruímos uma tabela (TABELA 5). Na discussão dos resultados procuramos fazê-lo de modo diferente. Vamos imprimir muita da experiência na área que possuo, na tentativa de assim tornar a análise desta área mais dinâmica.

<b>Categoria</b>	<b>Total de citações</b>	<b>Exemplo de discursos</b>
<i>Stress</i>	1	“atendemos aqui muitos doentes e muitas vezes num pressing muito acentuado (...) um olho no burro e outro no cigano, está a ver o stress” (E12).
Substâncias ilícitas	3	“consumo de algum tipo de substância” (E4); “consumo de álcool e drogas” (E12).
Medicação	19	“engano na dose, troca de medicamento” (E12); “efeitos colaterais da terapêutica” (E24); “Erro de medicação” (E22); “a falta de eficácia da medicação também é uma realidade em alguns utentes” (E14).
Sedação	5	“alguns doentes podem estar em determinadas situações mais sedados” (E1).
Sobrelotação	5	“a sobrelotação dos serviços, lotação, muitos doentes, o que leva realmente ao aumento de riscos” (E17).
Rotatividade doentes	1	“a alta rotatividade de doentes” (E18).
Identificação do utente	7	“identificação inequívoca do doente” (E7); “garantir a identificação dos doentes, colocar pulseiras, escrever nome nas camas” (E24).
Registos	7	“registos menos bem feitos” (E12); “colocar no SClínico (...) exatamente o que é que eu vejo” (E2).
Confidencialidade informação	2	“nunca falávamos de um utente no meio do corredor” (E2); “gestão segura dos dados do doente” (E24).
Perda de informação	1	“que não se perca informação (...) na passagem de turno é que abordamos os temas mais importantes do que aconteceu com o doente, nas últimas 24 horas” (E21).

Social	4	“doentes que não têm mais ninguém ou estão sozinhos, completamente sozinhos, ou têm um cuidador que são um pai ou uma mãe, ou dois pais velinhos, já cheios de problemas (...) as respostas sociais são muito escassas” (E12).
Terceiros	2	“abuso de terceiros (discriminação, fraudes)” (E24); “no recinto, há riscos de intrusos” (E25).
Estigma	4	“por causa do estigma, isto é, basicamente nós estamos a estigmatizar uma franja da população e estamos de alguma forma nós a colocá-los em risco, porque a partir do momento em que nós não aceitamos uma pessoa e não a tentamos integrar, isso é que é um risco.” (E11).
Estado psicopatológico	19	“instabilidade nos nossos doentes” (E23); “não estão orientados em relação a si próprios, já nem conseguem ter um discurso coerente e dizer o nome” (E21); “utentes em defeito” (E14); “perigosidade por parte de alguns doentes” (E15); “todas as limitações que a doença provoca” (E26); “gerir a imprevisibilidade que existe em cada doente e em cada patologia” (E4); “estamos a trabalhar com doentes inconstantes” (E5).
Envelhecimento	6	“recebemos cada vez mais velinhos” (E26); “a população em geral envelheceu” (E23); “utentes muito mais dependentes do que aquilo que era habitual” (E14).
Co morbilidades	10	“trazem os seus problemas de saúde e esses interferem com a sua segurança, portanto expõe o doente ao risco ou o risco aumenta em vários níveis e isso é incontornável” (E16); “isto associado outras patologias” (E23).
Úlcera de pressão	11	“Correta aplicação da escala de risco de úlcera de pressão com a frequência definida e adoção de medidas preventivas de acordo com o resultado” (E22).
Queda	24	“avaliamos o risco de queda e tomamos as medidas necessárias, que podem ser desde a supervisão na marcha, quando o doente não tem consciência das limitações por vezes utilizamos cintos de proteção, para evitar que caiam” (E21).
Risco de infeção	15	“quando é necessário isolamento de contato, para prevenção de contaminação” (E21); “infeções associadas aos cuidados de saúde” (E3).

Fuga/ abandono	11	“os riscos de abandono, daqui do serviço, dos doentes poderem sair ao exterior, apanharem alguma porta aberta e conseguirem sair” (E21); “as fugas do serviço” (E20).
Defenestração	3	“há o risco da psiquiatria ser num 1º andar” (E26); “o risco deles poderem cair do primeiro andar” (E4).
Atropelamento	2	“lá fora podem ter perigo de serem atropelados” (E21).
Perder	1	“lá fora (...), de se perderem” (E21).
Auto negligência	8	“o utente tende a negligenciar porque o utente não valoriza” (E14); “a negligência pessoal do doente” (E1).
Conflitos	2	“surgem conflitos, pelas mais diversas razões” (E16); “os doentes pegarem-se acontece de vez em quando” (E11).
Agressividade	25	“auto e heteroagressividade” (E24); “violência física, verbal e de intimidação e ameaça (...) comportamento agressivo” (E5); “serem agredidos por outros doentes” (E26).
Agitação	5	“no internamento ter um doente agitado junto dos outros (...) um começa a ficar exaltado e a falar alto (...) e outros doentes também começam a exaltar-se” (E13).
Incêndio/ tabaco	7	“grau de tabagismo extremamente elevado” (E14); “incêndio pelo uso de tabaco e isqueiro” (E27).
Alimentação	7	“na alimentação dos doentes também estão presentes os enfermeiros” (E15); “adequar a dieta de acordo com a capacidade que o doente tem para mastigar e para deglutir” (E21); “haver um plano alimentar adequado” (E2).
Engasgamento	13	“eles podem-se engasgar” (E25).
Tentativa de suicídio/ suicídio	17	“vigiar se há ideação suicida e também tomar medidas nesse sentido, retirar cintos, vigiar (...) o risco de suicídio, prevenir esses comportamentos” (E21); “os riscos serão eventualmente mais para o próprio doente, em termos de risco de suicídio” (E11); “as que envolvem risco de vida eminente. Tudo o que envolva risco suicídio, o risco de fuga” (E4).

TABELA 5: Resultados obtidos no âmbito dos riscos na psiquiatria

Antes de iniciar a análise dos resultados obtidos, parece-me importante fazer referência a um conceito, que é a doença mental grave. Esta é definida como “doença psiquiátrica que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afeta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa” (DECRETO-LEI N.º 8/2010, de 28 de Janeiro p.258), o que acarreta, a nível da intervenção, considerar-se a sua incapacidade psicossocial que, de acordo com o mesmo dispositivo legal, se refere a uma “situação objetiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as atividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional” (DECRETO-LEI N.º 8/2010, de 28 de Janeiro p.258).

No que se refere à gestão de risco direcionada à saúde mental, ainda pouco se fala. Nos serviços de saúde mental e psiquiatria destaca-se o fato de a população alvo de cuidados ser considerada de risco, quer pela vulnerabilidade em que muitas vezes se encontram mas também pelos comportamentos de risco para o próprio e para terceiros que podem adotar. Nestes serviços estão identificados riscos comuns a outros serviços, nomeadamente quedas, infeções, identificação incorreta de utentes, erros terapêuticos e os riscos mais específicos da área da saúde mental como o suicídio, agressividade, estigma, não adesão à terapêutica, abusos e maus tratos (BARROSO, 2013 p.11).

O *Stress* é uma poderosa condicionante da nossa capacidade de decisão que afeta as pessoas de modo diferente e condiciona o seu desempenho. Geri-lo torna-se de grande importância e relevância para a segurança do utente. É determinado pela harmonia entre a perceção das solicitações que estão a ser colocadas sobre a pessoa e a forma como esta gere os recursos disponíveis para lidar com essas exigências. As solicitações ao superar os recursos podem levar ao surgir de efeitos desagradáveis como ansiedade, mal-estar geral, falta de concentração e irritabilidade (SOUSA, 2013 p. 16-17).

Existem estudos que demonstram a existência de uma alta prevalência para a coocorrência de perturbações psiquiátricas e o consumo de Substâncias ilícitas, comparativamente com a população geral. É também consensual que o consumo de Substâncias ilícitas por pessoas com patologia psiquiátrica tem um conjunto de efeitos negativos no curso dessas perturbações, acabando por afetar a adesão ao tratamento, piorar o prognóstico e impelir a uma maior taxa de utilização dos serviços (TEIXEIRA, 2000). Como exemplo deste tipo de substâncias temos as drogas e o álcool.

A OMS (2001) no relatório dedicado à saúde mental (Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança) destaca o sofrimento, o estigma, a vergonha e a exclusão a que os utentes e familiares estão sujeitos. “A civilização moderna, mantém os mesmos preconceitos e os mesmos erros dos Homens da Idade Clássica, da Idade Média ou do Século das Luzes. Temos as mesmas atitudes fundamentais para com certas verdades estabelecidas pela ciência” (Guerra, 2014 cit por NINA, 2015 p. 26).

Podemos afirmar que o conhecimento científico sobre as patologias mentais é recente, e que “as crenças religiosas, as ideias filosófico-metafísicas, a estrutura social, política e económica, são fatores que ao longo da história contribuíram para formar o conceito de doença mental” (Guerra, 2014 cit por NINA, 2015 p. 26). “A saúde e a doença são variáveis determinadas social e culturalmente, pelo que diferem de sociedade para sociedade” (RODRIGUES, 2012 p. 17).

A Sobrelotação tem vindo a constituir-se um problema omnipresente e internacional que exige criatividade nas estratégias a utilizar para assegurar a prestação dos cuidados necessários. É uma problemática dinâmica, na medida em que pode variar a cada instante e pode relacionar-se com a rápida entrada de utentes, a demora no atendimento destes ou inclusivamente, problemas na transferência para outros serviços ou alta. Este problema provoca consequências, para os utentes e profissionais. Ameaça a qualidade dos cuidados, dificulta a sua prestação atempada e está associado ao aumento da mortalidade (GONÇALVES, 2018 p.16-17). Também se pode afirmar que existem efeitos negativos para a instituição pois a sua reputação e desempenho ficam prejudicadas (ROYAL COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2015).

As causas que levam à Sobrelotação são complexas e por vezes encontram-se interligadas. As mais comuns incluem: aumento da complexidade e gravidade dos utentes que chegam; aumento generalizado do número de utentes; carência de camas perante o número de utentes admitidos; equipas de profissionais reduzidas; atrasos na receção de resultados de exames; espaço físico limitado e burocracias adicionais (CRAWFORD et al., 2014).

A Sobrelotação vai levar ao aumento da Rotatividade de doentes pois, de um modo simplista, se temos utentes em demasia e os vamos manter num local provisoriamente, esse local terá de, quando possível, efetuar o seu devido encaminhamento. Entretanto, enquanto uns utentes saem outros entram. Logicamente, por consequência da Rotatividade de doentes, a Identificação do utente e os Registos podem ficar comprometidos. A Identificação do utente incorreta pode resultar, por exemplo, na troca de medicação e os registos, na medida em que não vão ser considerados prioritários, pois primeiro vem o atendimento ao utente com a prestação dos cuidados necessários e depois a parte burocrática.

Outros riscos que surgem neste enalço são a Perda de informação e a Confidencialidade informação. A Perda de informação, na medida em que pelo excesso de utentes, solicitações e elevada carga de prestação de cuidados, não se poderá estar junto destes, assim não os vamos conhecer, apenas vamos prestar os cuidados mais importantes, mediante os recursos disponíveis. Muitas das vezes só são procurados para a administração de terapêutica ou realização da anamnese. A Confidencialidade informação também fica comprometida pois a probabilidade de haver a sua quebra está aumentada. Os profissionais, pela falta de tempo, poderão ser abordados pelo utente no corredor onde,

aproveitando esse breve momento de disponibilidade, vão esclarecer as suas dúvidas, que poderão ser relativas a um problema pessoal, que apenas diz respeito aquele utente, num local onde outras pessoas podem ouvir.

O uso da Medicação é um risco muito presente nos utentes de psiquiatria pois praticamente todos estão medicados com algum tipo de fármaco. O seu uso acarreta, além dos efeitos terapêuticos pretendidos, preocupação quanto aos possíveis efeitos secundários. Entre os mais usuais temos a Sedação que poderá surgir porque o utente nunca esteve receitado com psicofármacos ou porque é muito sensível a estes ou então porque a dose foi demasiadamente alta. Ocorrendo esta situação temos pelo menos mais um risco presente, o risco de Queda. Muitas das vezes, pela não compreensão do estado provocado pela Medicação e numa tentativa, infrutífera, de continuar a realizar as atividades que sempre realizou, esse utente pode acabar por cair e daí advirem lesões.

Para o Estado psicopatológico temos vários fatores a concorrer. Os participantes identificaram o Envelhecimento, em que se nota que os utentes que nos chegam ao serviço têm uma média de idades cada vez mais alta. As Comorbilidades em que se verifica pela prescrição de fármacos para tratar problemas do foro orgânico. Não raras vezes temos o utente apenas medicado para problemas orgânicos e de psicofármacos zero. “Os problemas de saúde mental propiciam o aparecimento de outras doenças, devido essencialmente à fraca adesão aos tratamentos médicos e barreiras sociais à obtenção de tratamento (...) levam ao aparecimento de outras doenças como o cancro, as doenças cardiovasculares, a diabetes” (NINA, 2015 p.23). Referiram mais riscos, como a Úlcera de pressão, Queda, Risco de infeção, Auto negligência, Fuga/ abandono (que pode acontecer, por exemplo, por Defenestração). Quando um utente procura sair indevidamente do serviço, pode optar por dois métodos: o furtivo ou com recurso à força. Qualquer um destes métodos e considerando a situação, algumas vezes falta de planeamento e discernimento, somando a celeridade necessária para ter sucesso, pode levar a que o utente não acautele as condições de segurança suficientes e, ao chegar ao recinto hospitalar ou até mesmo à rua, ser vítima de Atropelamento ou então desorientar-se, não conhecer a zona onde acabou por parar e termina por se Perder.

“Segundo a OCDE (2013) o suicídio é a causa mais comum de mortalidade entre os jovens dos 15 a 29 anos em todo o mundo. Em Portugal no ano 2014, o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses registou 1074 casos de suicídio, o que representa o dobro das mortes do que em acidentes rodoviários” (NINA, 2015 p.28). Infelizmente, a Tentativa de suicídio/ suicídio é um risco que nos tem surgido com maior frequência no internamento.

Na Alimentação à preocupação em se adequar a refeição às capacidades de mastigação e deglutição do utente, não esquecendo a sua necessidade em termos de aportes calóricos. Um problema muito comum é o Engasgamento, que pode ocorrer por diminuição do estado

de consciência do utente assim como pela pressa em se alimentar, não partindo os alimentos em pedaços com menores dimensões nem os mastigando adequadamente.

Um risco muito específico da psiquiatria é o de Incêndio/ tabaco, pois é dos únicos serviços de internamento onde existe uma sala dedicada para fumar. Para acenderem os cigarros têm de ter isqueiro ou fósforos, o que se utilizados de modo indevido podem provocar a inflamação de alguns materiais disponíveis no serviço, como por exemplo, a espuma dos sofás, o jornal ou a madeira das mesas e portas. Dadas as alterações que a própria doença provoca mais todas as restrições que o serviço de psiquiatria impõe, o consumo de tabaco tendencialmente encontra-se aumentado. A sua falta pode levar a Conflitos (entre utentes e dirigidos aos profissionais), colmatando em Agressividade (verbal e/ ou física) e Agitação.

A agitação é um problema que afeta grande parte dos utentes, principalmente nas fases iniciais quando são encaminhados para a urgência. Garrido *et al* (2011), define-a como sendo um “síndrome transnosológico complexo e dinâmico que impõe um sentido de urgência, limitação temporal para a tomada de decisão e necessidade de intervenção imediata, (...) é um estado de inquietação motora, acompanhada de tensão mental, (...) um estado de atividade psicomotora pouco organizada ou sem propósito, decorrente de mal-estar físico ou psíquico” (p. 170).

Fazendo uso de uma das várias potencialidades do ATLAS.ti, de seguida deixamos a nuvem de palavras que gerou, considerando as palavras que mais vezes os participantes mencionaram para a área riscos na psiquiatria (FIGURA 16).



FIGURA 16: Nuvem de palavras da área riscos na psiquiatria



#### 4. CONSTRUIR O PROCESSO DE SEGURANÇA DO DOENTE EM PSIQUIATRIA

Ao longo dos capítulos anteriores foram apresentados os resultados e foram, também, desenvolvidas algumas considerações. Neste capítulo será feita a síntese e discussão dos dados obtidos bem como a análise dos seus significados. É realizada uma reflexão apresentando a síntese dos achados que deram resposta às nossas questões orientadoras e feita a sua organização num esquema síntese (FIGURA 17).

Este esquema síntese, num primeiro impacto, pode parecer confuso e de difícil leitura mas na realidade é bastante simples, lógico e claro. Podemos iniciar a sua análise pelo retângulo exterior, onde está representada a área Condições de segurança. Temos exibidas e agrupadas as categorias, identificadas nos discursos dos participantes, mais relevantes, segundo a proposta de Donabedian (processo, estrutura e resultado). Passando para o interior do retângulo vemos as restantes cinco áreas abordadas ao longo deste trabalho e a sua inter-relação. As Estratégias de segurança e Áreas prioritárias, na sua globalidade, auxiliam para se minimizar a ocorrência do Erro. Podemos afirmar que são complementares entre si e este ponto de vista pode ser demonstrado pelo facto de apresentarem algumas categorias em comum, como Boas práticas, Comunicação, Dotações seguras, Identificação do utente, Medicação, Presença/relação terapêutica, Prevenção de incidentes/erros e Recursos materiais.

Deslocando-nos mais para o centro do retângulo, temos representado que a Monitorização interfere com o Erro, na medida em que as suas categorias identificadas pretendem auscultar os cuidados e assim poderem surgir medidas a implementar para se conseguir minorar o aparecimento desse Erro. Os Riscos na psiquiatria, apenas representados os mais mencionados, logicamente concorrem para o surgir do Erro. Ao estarem identificados e serem conhecidos pelos profissionais da área a sua atenção está direccionada para o evitar o seu aparecimento.

Já no centro, encontra-se o Erro, onde as atitudes individuais e as sistémicas são mais dois elementos que pretendem colaborar na minoração deste.

Resumindo, os resultados que despontam das exposições dos participantes exprimem-se num conjunto de atributos que possibilitam compreender o âmbito de atuação do enfermeiro para o garantir da segurança num serviço de psiquiatria. A figura que se segue, em forma de diagrama, pretende ilustrar os achados deste estudo, reforçando a complexidade da avaliação da segurança num serviço de psiquiatria.

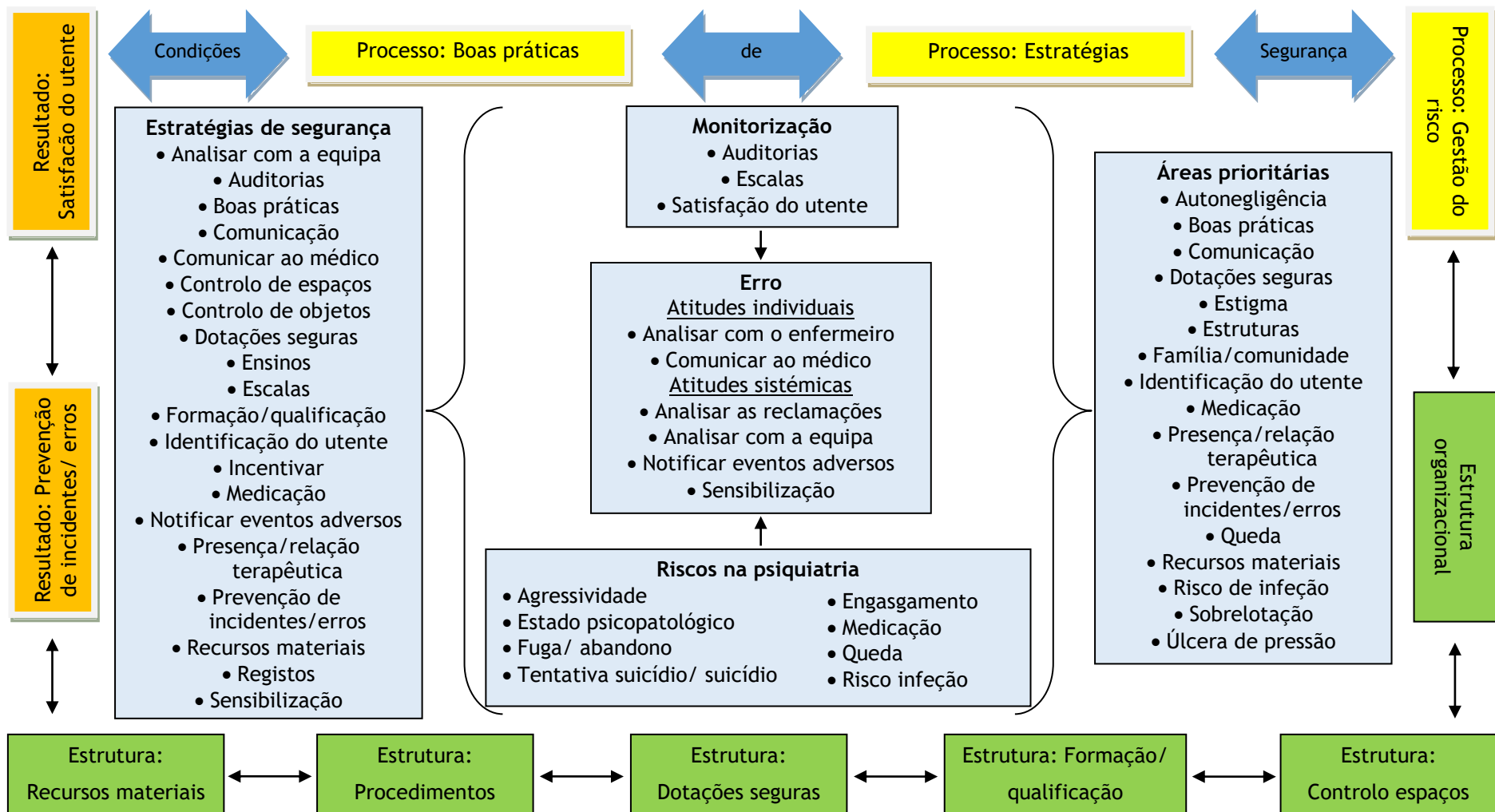


FIGURA 17: Diagrama da gestão da segurança num serviço de psiquiatria

Na definição do que consideram um serviço seguro, os enfermeiros participantes neste estudo relataram nos seus discursos as condições de segurança que um serviço hospitalar deve respeitar, indo de encontro ao modelo de Donabedian (2003), revelando aspetos que é possível verificar com os elementos estrutura, processo e resultado.

Nos discursos, os participantes, incidiram sobre o elemento estrutura, que engloba os elementos físicos e a estrutura organizacional (Donabedian, 2003), ficando demonstrado pelo maior número de categorias, sendo as principais: Recursos materiais, Procedimentos, Dotações seguras, Formação/ qualificação, Controlo de espaços e Estrutura organizacional.

Na área do processo, que reúne as atividades desenvolvidas (Donabedian, 2003), identificaram-se três categorias nos discursos dos participantes, particularmente: Boas práticas, Estratégias e Gestão do risco. Os processos desenvolvidos na prestação de cuidados veem reconhecida a sua importância assim como o seu impacto na segurança.

Segundo a narração dos participantes, um serviço seguro apresenta resultados, onde se reúnem os efeitos resultantes (Donabedian, 2003), que refletem essa segurança, em especial pela avaliação da satisfação do utente e da monitorização da ocorrência de incidentes/ erros.

No tema da segurança, o maior foco é dirigido para a análise da estrutura e dos processos mas precisamos ter presente que as ligações entre as três dimensões deste modelo são inseparáveis (SOUSA, 2006). O reconhecer um resultado menos positivo ou um evento adverso é várias vezes denunciador de dificuldades nos elementos processo e resultado. É recomendado que as abordagens em segurança sejam gerais e incorporem estes três elementos.

Analisando o discurso dos enfermeiros participantes segundo o modelo de Donabedian (2003), apura-se que se encontra sustentado o estabelecimento da relação entre qualidade e segurança.

Na gestão para a segurança temos de determinar quais as estratégias que se devem utilizar para a avaliação dos resultados, quais ferramentas utilizar para quantificar e confrontar os resultados continuamente. Necessita-se então de medidas de monitorização para avaliar a segurança. Os participantes indicaram os instrumentos: Auditorias, Escalas e Satisfação do utente. Reconheceram que o estudo dos dados adquiridos na monitorização é fundamental para o reconhecimento de problemas e para a promoção de renovações na melhoria da segurança.

Reconhecer o erro é o principal passo para a gestão de segurança. Neste tema os participantes abordaram estratégias que podemos identificar nas abordagens individual e sistémica, expostas por Reason (2000). Na abordagem individual ficou evidente, pelos seus discursos, duas categorias: Analisar com o enfermeiro e Comunicar ao médico. Foram descritas, respetivamente, como essenciais no âmbito diagnóstico e de ação de

minimização de consequências do erro. As estratégias de abordagem sistémica face ao erro dominaram: Notificar eventos adversos, Analisar as reclamações, Analisar com a equipa e sensibilização. Denota-se haver uma evolução positiva em relação à cultura tradicional de culpabilização e verifica-se grande adesão à notificação de eventos adversos com a preocupação em se analisar e procurar ações preventivas de incidentes futuros.

Para podermos perceber melhor a atuação dos participantes, procuramos conhecer as áreas de atuação que estes consideram prioritárias. Identificaram-se dezasseis áreas prioritárias para a segurança dos utentes: Prevenção de incidentes/ erros, Família/ comunidade, Estruturas, Comunicação, Auto negligência, Risco de infeção, Sobrelotação, Boas práticas, Presença/ relação terapêutica, Úlcera de pressão, Dotações seguras, Medicação, Recursos materiais, Queda, Estigma, Identificação do utente. Estas áreas prioritárias refletem conhecimento sobre os eventos adversos com superiores taxas de incidência e com as causas descritas como mais importantes para a ocorrência de eventos adversos. Considerando os nove objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 vemos seis deles contidos nas categorias descritas: Aumentar a segurança da comunicação, Aumentar a segurança na utilização da medicação, Assegurar a identificação inequívoca dos clientes, Prevenir a ocorrência de quedas, Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão e Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Ficaram excluídos a Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno, Aumentar a segurança cirúrgica e a Prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes sendo que esta última temática foi referida quando foram questionados especificamente sobre o assunto, no âmbito da abordagem ao erro.

Para a WHO (2008 a) é essencial considerar alguns pontos individuais, como é o caso das infeções associadas aos cuidados de saúde, mas também os mecanismos estruturais e processuais implícitos que colaboram para um cuidado subótimo. Com intervenções específicas direcionadas para um certo problema teremos, provavelmente, um impacto imediato, mas as intervenções que visam as estruturas ou processos, como a melhoria da comunicação e da cultura de segurança, terão certamente um impacto mais vasto e duradouro na prestação de cuidados seguros.

Em relação às estratégias de gestão para a segurança do utente conseguimos identificar nos discursos dos participantes vinte categorias: Comunicar ao médico, Registos, Sensibilização, Controlo de espaços, Analisar com a equipa, Formação/ qualificação dos profissionais, Notificar eventos adversos, Comunicação, Recursos materiais, Escalas, Controlo de objetos, Ensinos, Dotações seguras, Incentivar, Prevenção de incidentes/ erros, Presença/ relação terapêutica, Identificação do utente, Boas práticas, Medicação e Auditorias.

As estratégias de segurança dos enfermeiros enumeradas expõem estratégias de auxílio à prática de cuidados seguros como é o caso do Comunicar ao médico, Registos, Controlo de

espaços, Comunicação, Controlo de objetos e Medicação. Algumas destas estratégias vêm de encontro aos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 (Aumentar a segurança da comunicação e Aumentar a segurança na utilização da medicação). Em relação à medicação, Santos (2017) considera que “o medicamento, apesar do fim benéfico a que se destina, pode apresentar efeitos adversos ou reações intermedicamentosas, com probabilidade acrescida de ocorrência de incidentes”.

Em relação aos riscos que o utente em psiquiatria apresenta conseguimos identificar nos discursos dos participantes trinta e uma categorias: *Stress*, Substâncias ilícitas, Medicação, Sedação, Sobrelotação, Rotatividade doentes, Identificação do utente, Registos, Confidencialidade informação, Perda de informação, Social, Terceiros, Estigma, Estado psicopatológico, Envelhecimento, Co morbilidades, Úlcera de pressão, Queda, Risco de infeção, Fuga/ abandono, Defenestração, Atropelamento, Perder, Auto negligência, Conflitos, Agressividade, Agitação, Incêndio/ tabaco, Alimentação, Engasgamento e Tentativa de suicídio/ suicídio.

Todos os riscos identificados demonstram conhecimento e experiência por parte dos participantes no trabalhar com pessoas portadoras de distúrbio mental. Estes riscos vêm referenciados na literatura (Mendes & Castilho, 2009; Oliveira et al., 2014; Correia, Martins & Forte, 2017; Who, 2007a, 2008a; MS, 2015; Gonçalves, 2018; OE, 2014; OMS, 2016; Oliveira & Azevedo, 2014; Barroso, 2013) e demonstram a preocupação e atenção que os participantes nutrem pela sua área de atuação.

Na maior parte das situações teremos de identificar formas de redução do risco, adaptar as práticas, rotinas, equipamentos ou instalações para assim se reduzir a probabilidade e/ ou consequências, se o risco se concretizar.

Considerando tudo o que foi exposto e analisado anteriormente mais o que já se encontra referenciado na literatura e com o objetivo de tornar esta questão mais prática e incentivar trabalhos futuros, vamos deixar algumas sugestões de seguida, que poderiam ser implementadas para contribuir com uma melhoria das condições de segurança do doente em psiquiatria. Nesta Instituição onde realizamos o estudo podemos afirmar que tivemos a tarefa facilitada, na medida em que sendo um Hospital Acreditado pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* já segue uma série de recomendações e tem instituídos muitos procedimentos e protocolos. Mesmo assim, ainda muito haveria para sugerir, não esquecendo todas as limitações existentes, desde questões financeiras, políticas ou relacionadas com as infraestruturas já existentes.

Mantendo o modelo de Donabedian (2003), em termos de Estrutura é importante a boa iluminação de todos os espaços; existência de piso antiderrapante (pelo menos nos WC's e chuveiros); existência de barras de apoio nos WC's e corredores; pulseiras coloridas para identificação: do utente, do risco de queda e de alergias (branca, amarela e vermelha, respetivamente); cintos e pulseiras de contenção; colchões anti escara. Segundo as

recomendações da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, para internamento de agudos, mínimo de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria por turno, numa relação de 70% para Enfermeiro Especialista e de 30% para Enfermeiro de Cuidados Gerais, considerando a relação Horas de Cuidados Necessários por Enfermeiro igual a 3,4 (OE, PARECER n.º 01/2019). A realização periódica de formação sobre gestão de risco (por exemplo: Higiene das mãos, Medidas de preventivas que evitem quedas e úlceras de pressão, Gestão da comunicação em conflitos); notificação de eventos adversos e criar normas sobre atitudes a adotar em situações de exceção (como por exemplo: consumo de substâncias ilícitas, efeitos laterais da medicação, erros de administração de medicação, aparecimento de úlcera de pressão, quedas, fugas/ abandonos do serviço, agressividade verbal e física, engasgamento, tentativa de suicídio/ suicídio, controlo de objetos considerados potencialmente perigosos).

Em relação ao Processo, aplicar as escalas de Morse e de Braden para se determinar o risco de queda e de úlcera de pressão, respetivamente, sempre aquando da entrada do utente no serviço e sempre que haja alteração significativa no estado deste; Identificar o utente corretamente com uma pulseira de cor branca e a sua unidade com o nome completo; Colocar pulseira amarela se apresentar risco de queda e pulseira vermelha para identificar as alergias; Cumprir os cinco momentos para a higiene das mãos.

Já em relação ao Resultado, efetuar auditorias sistemáticas aos registos, manuseio e preparação da medicação, identificação inequívoca do utente, conhecimento sobre direitos e deveres dos utentes, higiene das mãos e suporte básico de vida; monitorizar a satisfação dos utentes, fornecendo um questionário aquando da sua alta; monitorizar as quedas, úlceras de pressão, infeções respiratórias e urinárias que surgirem durante o internamento.

Resumindo, verificamos ter encontrado junto dos participantes informações essenciais para a perseguição de um caminho para alcançar a segurança dos serviços de saúde. Com este trabalho pretendemos conceber contributos para a gestão da segurança e com isto melhorar a qualidade dos processos de prestação de cuidados pelos enfermeiros.

## 5. CONCLUSÃO

A segurança, primitivamente englobada na qualidade, tem vindo a distinguir-se no campo da saúde enquanto prioridade. Sempre se estabeleceu como preocupação nesta área mas nos dias de hoje constitui um imperativo para a gestão de qualidade. Na revisão da literatura efetuada foram encontrados muito poucos artigos (cinco) na área da segurança do doente em psiquiatria.

Podemos considerar a segurança em saúde como sendo uma responsabilidade de todos, mas atualmente crê-se que os erros advêm por problemas nos sistemas e organizações. Assim, a gestão adquire protagonismo, em especial na enfermagem, quer pelo elevado número de profissionais abrangidos, quer pela natureza da sua atuação.

Este estudo teve como objetivos: compreender o processo de gestão desenvolvido no serviço de psiquiatria para garantir a segurança do doente; conhecer as preocupações específicas dos enfermeiros sobre as questões de segurança do doente em psiquiatria; identificar os processos de segurança descritos pelos enfermeiros na assistência em psiquiatria; identificar como os enfermeiros priorizam os riscos de segurança específicos dos doentes em psiquiatria; identificar instrumentos para controlo da segurança dos doentes.

Procurando responder aos objetivos, realizamos uma investigação de natureza qualitativa fundamentada na teoria de Donabedian e James Reason, recorrendo a uma amostra de conveniência, constituída por vinte e sete enfermeiros (generalistas, especialistas e gestores) de um hospital psiquiátrico da região norte de Portugal.

Da análise dos dados, seguindo o modelo de Bardin, podemos identificar a relação entre a qualidade e a segurança, manifesta nas doze categorias identificadas em relação às condições de segurança descritas pelos participantes e que refletem os elementos do modelo de Donabedian: estrutura, processo e resultado.

No componente Estrutura encontramos sete categorias (normas/ procedimentos, recursos materiais, dotações seguras, formação/ qualificação dos profissionais, estruturas, controlo de objetos e controlo de espaços) refletindo assim o seu predomínio e valorização na segurança, comparativamente com as restantes.

Em relação ao Processo foram identificadas três categorias (boas práticas, gestão de risco e estratégias) que revelaram conhecimento e preocupação em relação à importância dos processos desenvolvidos na prestação de cuidados e o seu impacto na segurança.

Já no Resultado conseguimos identificar duas categorias (satisfação do utente e prevenção de incidentes/ erros) em que o objetivo é contribuir para a melhoria do estado de saúde de quem recebe os cuidados prestados. Segundo o discurso dos participantes, um serviço seguro exhibe resultados que refletem a segurança através das duas categorias identificadas.

Na questão relativa a quais as áreas que os participantes privilegiam no desempenho das suas funções para promover a segurança nos serviços, áreas prioritárias, foram identificadas dezasseis categorias (prevenção de incidentes/ erros, família/ comunidade, estruturas, comunicação, auto negligência, risco de infeção, sobrelotação, boas práticas, presença/ relação terapêutica, úlcera de pressão, dotações seguras, medicação, recursos materiais, queda, estigma e identificação do utente). Ressalvam a importância do comportamento dos profissionais e utentes, sendo fundamental a observação atenta, respeito e o cumprir de normas e procedimentos. Pode-se afirmar que os participantes evidenciaram conhecimento sobre os principais problemas de segurança, que se encontram retratados na literatura.

A monitorização da segurança apresenta um papel muito importante na gestão de risco e os participantes identificaram três categorias (escalas, satisfação do utente e auditorias). Globalmente, em relação às escalas o discurso dos participantes foi vago, apenas mencionando a escala de Morse e a escala de Braden, referindo a sua aplicação nos serviços mas não explorando os ganhos que estas trazem para a segurança dos serviços. Alongaram-se na referência às auditorias demonstrando maior envolvimento neste procedimento.

Considerando que os erros comprometem a segurança do utente e que devem ser objeto de preocupação e atuação, foram identificadas seis categorias, que se distribuíram de acordo com a sua natureza sistémica (notificar eventos adversos, analisar as reclamações, analisar com a equipa e sensibilização) ou individual (analisar com o enfermeiro e comunicar ao médico), estando articulada com a proposta de Reason. As intervenções e estratégias dos enfermeiros são na sua maioria de natureza sistémica e menos individual, o que revela uma intervenção dirigida para a mudança. Foi revelada também elevada adesão à notificação de EAs e preocupação em analisar e encontrar medidas preventivas para assim evitar incidentes futuros. Em momento algum foi feita referência a atitudes penalizadoras ao enfermeiro envolvido, denotando estarmos perante uma cultura não punitiva, aberta e favorecedora para a divulgação transparente de eventos.

Ao abordar os riscos e riscos específicos que o utente em psiquiatria apresenta, vimos enumerados múltiplos riscos e identificamos trinta e uma categorias (*Stress*, Substâncias ilícitas, Medicação, Sedação, Sobrelotação, Rotatividade doentes, Identificação do utente, Registos, Confidencialidade informação, Perda de informação, Social, Terceiros, Estigma, Estado psicopatológico, Envelhecimento, Co morbilidades, Úlcera de pressão, Queda, Risco

de infecção, Fuga/ abandono, Defenestração, Atropelamento, Perder, Auto negligência, Conflitos, Agressividade, Agitação, Incêndio/ tabaco, Alimentação, Engasgamento e Tentativa de suicídio/ suicídio). Confrontando-nos com este elevado número de categorias, procurámos agrupá-las tendo em conta a sua relação sendo que as restantes derivam da categoria definida como principal. Nos serviços de saúde mental e psiquiatria a população alvo de cuidados é considerada de risco, quer pela vulnerabilidade em que muitas vezes se encontram mas também pelos comportamentos de risco para o próprio e para terceiros que podem adotar. Nestes serviços estão identificados riscos comuns a outros serviços (quedas, infeções, identificação incorreta de utentes e erros terapêuticos) assim como os mais específicos da área da saúde mental (suicídio, agressividade, estigma, não adesão à terapêutica, abusos e maus tratos).

Relativamente às estratégias que são utilizadas para a monitorização da segurança do utente apuraram-se vinte categorias (Comunicar ao médico, Registos, Sensibilização, Controlo de espaços, Analisar com a equipa, Formação/ qualificação dos profissionais, Notificar eventos adversos, Comunicação, Recursos materiais, Escalas, Controlo de objetos, Ensinos, Dotações seguras, Incentivar, Prevenção de incidentes/ erros, Presença/ relação terapêutica, Identificação do utente, Boas práticas, Medicação e Auditorias). Nestas estratégias enumeradas conseguimos perceber que concorrem como auxiliares para uma prática de cuidados seguros (comunicar ao médico, registos, comunicação, medicação e procedimentos).

Esta investigação, que se baseou nos discursos dos enfermeiros participantes, revela o contributo solidário, ético e profissional destes para a pesquisa da temática em estudo.

A nossa retribuição para tal cooperação resume-se a este trabalho, onde acreditamos, após a possibilidade de contactar com os participantes e conhecer melhor as suas realidades e a problemática em estudo, ter agrupado informações que competirão para:

- Desenvolver ações sustentadas de monitorização, apoiar a melhoria contínua e os processos de tomadas de decisão dos enfermeiros gestores;
- Produzir contributos para a gestão de segurança e com isto melhorar a qualidade dos processos de prestação de cuidados pelos enfermeiros;
- Desenvolver um trabalho que possa contribuir para um instrumento de avaliação da segurança.

Dentro das limitações deste estudo, poderemos indicar o facto de os elementos da amostra pertencerem à mesma instituição. Assim, sugerimos que esta investigação seja replicada em outros estabelecimentos de saúde, noutras realidades para se aferir a existência de diferenças, ou não, de resultados.

Gostaria também de ressaltar que desenvolver um trabalho de investigação é um grande desafio para alguém inexperiente na área. Foram experimentadas dificuldades e

encontrados obstáculos neste percurso que se revelou proveitoso e benéfico para o desenvolvimento pessoal e profissional, que garantidamente se irá materializar na contribuição para a melhoria dos cuidados prestados.

Parece-nos sensato considerar este trabalho aberto, não concluído, que não termina nesta conclusão, retratando a nossa intenção que é o início de outros estudos que o possam complementar, em direção a uma Enfermagem com mais qualidade e segurança.

## BIBLIOGRAFIA

**Acss. (2015).** *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e SNS - 2014*. Lisboa: Departamento de Gestão e Planeamento de Recursos Humanos. Recuperado de [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/BS\\_MS\\_SNS\\_2014.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/BS_MS_SNS_2014.pdf)

**Agency for Healthcare Research and Quality Indicators. (2002).** *Guide to Inpatient safety Indicators: Quality of Care in Hospitals – Volume, Mortality, and Utilization*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002. Revision 2 (September 4, 2003). AHRQ Pub. No. 02-RO204. Recuperado de [http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQI/V21/iqi\\_guide\\_rev2.pdf](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/IQI/V21/iqi_guide_rev2.pdf)

**Agency for Healthcare Research and Quality Indicators. (2003).** *Guide to patient safety Indicators*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. AHRQ Pub.03-R203. Recuperado de [http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V21/psi\\_guide\\_rev1.pdf](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V21/psi_guide_rev1.pdf)

**Agnew, C. & Flin, R. (2014).** Senior charge nurses' leadership behaviours in relation to hospital ward safety: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 51(5), 768-780. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.001>

**Aiken, L. et al. (2012).** Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, Vol. 344, 1-14. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

**Alahmadi, H. A. (2010).** Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 19, 1-5. doi: [10.1136/qshc.2009.033258](https://doi.org/10.1136/qshc.2009.033258)

**António, N. S. & Teixeira, A. (2007).** *Gestão da qualidade: de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 9789726184478.

**Bardin, L. (2000).** *Análise do Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. ISBN: 9724408981.

**Barroso, D. (2013).** *Gestão de Risco em Saúde Mental*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa). Recuperado de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15945/1/RelatorioEstágio\\_Gestão%20de%20Risco%20em%20Saúde%20Mental.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15945/1/RelatorioEstágio_Gestão%20de%20Risco%20em%20Saúde%20Mental.pdf)

**Benner, P et al. (2002).** *Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: A Taxonomy*. *Journal of Nursing Administration*, 32(10), 509-523. PMID: 12394596

**Blegen, M. A., Goode, C. J. & Reed, L. (1998).** Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, vol. 47(1): 43-50. doi: 10.1097/00006199-199801000-00008

**Bressan, V. R. & Scatena, M. C. (2002).** O Cuidar do Doente Mental Crónico na Perspectiva do Enfermeiro: Um Enfoque Fenomenológico. *Rev Latino-am Enfermagem*, vol. 10(5): 682-9. Retirado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjw1OHhirDsAhUO1RoKHcKIBykQFjAAegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Frlae%2Fv10n5%2Fv10n5a9.pdf&usg=AOvVaw2Bv8wp\\_gyhGWSAJ3oS\\_XKY](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjw1OHhirDsAhUO1RoKHcKIBykQFjAAegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Frlae%2Fv10n5%2Fv10n5a9.pdf&usg=AOvVaw2Bv8wp_gyhGWSAJ3oS_XKY)

**Briner, M. & Manser, T. (2013).** Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Serv Res*, 13:44. doi: 10.1186/1472-6963-13-44.

**Bruno, P. (2010).** *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal*. Coimbra: Coimbra Editora. ISBN: 9789723218817.

**Bugada, H. (2006).** Os Pilares Fundamentais da Clinical Governance. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, n.º 0: 30-35. Recuperado de <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2011/08/Revista-Portuguesa-de-Gestão-Saúde-nº0.pdf>

**Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. V. (2010).** *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

**Cano, S. J. & Hobart, J. C. (2011).** The problem with health measurement. *Patient Preference and Adherence*, Vol. 2011:5, 279-290. doi: 10.2147/PPA.S14399

**Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Alvarado, C. J., Springman, S. R. & Ayoub, P. (2006).** Patient safety in outpatient surgery: The viewpoint of the healthcare providers. *Ergonomics*, 49: 5-6, 470-485. doi: 10.1080/00140130600568717

**Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B-T., Gurses, A., Alvarado, C. J., Smith, M. & Flatley Brennan, P. (2006).** Work system design for patient safety: The SEIPS Model. *Quality Safety Health Care* 2006, 15 (Suppl I): 50-58. doi 10.1136/qshc.2005.015842

**Carvalho, A. P. (2002).** *Temas De Arquitetura De Estabelecimentos Assistenciais De Saúde*. Salvador, Brasil: Universidade Federal da Bahia. ISBN: 85-87243-14-4.

**Castilho, A. (2014).** *Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: contributos para a política de segurança*. (Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto). Recuperado de [https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=29502](https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=29502)

**Castro, S. C. (2008).** *Como Aprende o Cuidador Principal do Doente Oncológico em Fase Terminal a Cuidar no Domicílio*. (Tese de Mestrado não publicada, Instituto

de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/302942518.pdf>

**Conselho da União Europeia. (2009).** *Atos Legislativos e outros instrumentos*. Bruxelas, 5 de Junho de 2009. [Em linha], Recuperado de [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_rec2009\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_rec2009_pt.pdf)

**Correia, T., Martins, M. M. & Forte, E. (2017).** *Segurança em Serviços de Saúde: Processos de Gestão*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18945>

**Correia, T., Martins, M. M. & Forte, E. (2017).** Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem Referência, serIV* (12), 75-84. doi: <https://dx.doi.org/doi.org/10.12707/RIV16073>

**Costa, M. F. (2014).** *Cultura de Segurança do Doente num Hospital da Região Centro, Perceção dos Profissionais*. (Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra). Recuperado de [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjG4OWWlbDsAhUF4YUKHSxjB3UQFjAAegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Festudogeral.sib.uc.pt%2Fbitstream%2F10316%2F27362%2F1%2Fdisserta%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520Marina\\_pronta.pdf&usq=AOvVaw3G1aqzu-QXiUn8vj0UP4qg](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjG4OWWlbDsAhUF4YUKHSxjB3UQFjAAegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Festudogeral.sib.uc.pt%2Fbitstream%2F10316%2F27362%2F1%2Fdisserta%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520Marina_pronta.pdf&usq=AOvVaw3G1aqzu-QXiUn8vj0UP4qg)

**Costa-Dias, M., Ferreira, P. & Oliveira, A. (2014).** Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Rev. Enf. Ref., vol.serIV* no. 2, Coimbra, jun. 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1382>

**Crawford, K., Morphet, J., Jones, T., Innes, K., Griffiths, D. & Williams, A. (2014).** Initiatives to reduce overcrowding and access block in Australian emergency departments: A literatura review. *Collegian, vol. 21*(4): 359-366. doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2013.09.005>

**D.R. (2015).** REGULAMENTO n.º 101/2015. Lisboa: D.R. 2ª Série, N.º48, 10 de Março de 2015. p. 5948-5952.

**Decreto-Lei 212/2006.** D.R. Série I, N.º 208/2006 (2006-10-27). p. 7517 - 7525.

**Decreto-Lei N.º 8/2010,** de 28 de Janeiro. p.258.

**Delgado, M. (2009).** A Melhoria Contínua da Qualidade. In: *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras. pp. 45-55.

**Despacho n.º 14223/2009.** D.R. 2ª Série, N.º 120 (24-06-2009). p. 24667 – 24669. Recuperado de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/3594950/details/normal?q=despacho+14223%2F2009>

**Despacho n.º 1400-A/2015.** *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. D.R. 2ª Série, N.º28 (20-02-2015). p. 3882(2) - 3882(10) .

**DGS. (2011).** *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

**DGS. (2014).** *Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. Cempalavras, Lda. ISBN: 978-972-675-206-6

**DGS. (2015).** Relatório Segurança dos Doentes: Avaliação da Cultura nos Hospitais. *MS: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>

**DGS. (2016).** *Portal da Estatística da Saúde*. [Online] 2016. [Citação: 20 de Outubro de 2016.] <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>

**Dias, M. J. (2014).** *Quedas em Contexto Hospitalar: Fatores de Risco* (Tese de Doutoramento não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde). Recuperado de [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17112/1/Tese\\_Quedas%20em%20contexto%20hospitalar\\_Fatores%20de%20risco.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17112/1/Tese_Quedas%20em%20contexto%20hospitalar_Fatores%20de%20risco.pdf)

**Dickinson, G. (2001).** Enterprise Risk Management: Its Origins and Conceptual Foundation. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol. 26, No. 3, Julho 2001, 360-366. Retirado de <https://www.actuaries.org.uk/system/files/documents/pdf/03062015-birmingham-actuarial-society-enterprise-risk-management-event-enterprise-risk-management-it.pdf>

**Diogo, P. (2017).** Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, vol. 21(1): 20-30. Retirado de [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0s\\_T5j7DsAhUDXxoKHd41A2wQFjABegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fpensarenfermagem.esel.pt%2Ffiles%2FArtigo%25202%2520Pages%2520from%2520PE21\\_1sem2017-2.pdf&usg=AOvVaw23YgkYWv57kfg1K4j59qc](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0s_T5j7DsAhUDXxoKHd41A2wQFjABegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fpensarenfermagem.esel.pt%2Ffiles%2FArtigo%25202%2520Pages%2520from%2520PE21_1sem2017-2.pdf&usg=AOvVaw23YgkYWv57kfg1K4j59qc)

**Donabedian, A. (1966).** *Evaluating the Quality of Medical Care*. Reimpresso in: *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 2005, p. 691–729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

**Donabedian, A. (1980).** *The definition of quality and approaches to its assessment*. In: Donabedian, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, p. 3-31. Michigan: Health Administration Press.

**Donabedian, A. (2003).** *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: University Press. ISBN: 978-0-19-515809-0.

**Donabedian, A. (2005).** *Evaluating the Quality of Medical Care*. *The Milbank Quarterly*, N.º 4, Vol. 83, p. 691–729. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

**Donaldson, L. (2000).** *An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS*. Londres: The Stationery Office.

Retirado de

[https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105144251/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4065086.pdf](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105144251/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf)

**Doran, D. M. (2011).** *Nursing Outcomes – State of the science (2ª ed.)*. Jones & Bartlett Publishers. ISBN: 978-0-7637-8325-9

**Eiras, M. (2010).** Avaliação da cultura de segurança do Doente no Hospital. Comunicação apresentada no 35º colóquio da qualidade, 11-12 Novembro, Ponta Delgada, Portugal.

**Eiró, L. S. (2011).** *A Família – Uma comunidade de amor: Análise Filosófica – Teológica e Pedagógica – Didática da Unidade Lectiva 3 do Programa de Educação Moral e Religiosa Católica do 6º Ano de Escolaridade*. (Tese de Mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa: Faculdade de Teologia, Porto). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15876>

**Farokhzadian, J., Nayeri, N. D. & Borhani, F. (2015).** Assessment of Clinical Risk Management System in Hospitals: An Approach for Quality Improvement. *Glob J Health Sci*. 2015 MAR 18; 7(5): 294-303. doi: 10.5539/gjhs.v7n5p294

**Ferreira, P. L. (1991).** Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Vol. 33, 93-112. doi: <http://hdl.handle.net/10316/11712>

**Flin, R. & Yule, S. (2004).** Leadership for safety: industrial experience. *Qual Saf Health Care*, Vol. 13(2), 45–51. doi: 10.1136/qhc.13.suppl\_2.ii45.

**Fonseca, S. (2012).** *Medidas de segurança do doente psiquiátrico internado*. Recuperado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0631.pdf>

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

**Fragata, J. & Martins, L. (2005).** *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 9724023478.

**Fragata, J. (2006).** *Risco Clínico – complexidade e performance*. Coimbra: Edições Almedina, SA. ISBN: 9789724028354.

**Fragata, J. (2009).** *Gestão do Risco in Governação dos Hospitais: Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT*. ARSLVT. Lisboa. p. 16-18.

**Fragata, J. (2010).** A Segurança dos Doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. *Ver Port Clin Geral 2010*; 26: 564-570. Retirado de [http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449\\_RevPortCliGeral.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF6/004449_RevPortCliGeral.pdf)

**Fragata, J. (2012).** *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. LIDEL. Lisboa. ISBN 978-972-757-797-2

**Fragata, J., França, M. Fragata, I., Bilbao, M., Ferreira, S., Santos, S., Barros, P. P. (2006).** *Risco Clínico – Complexidade e Performance*. Coimbra: Livraria Almedina. ISBN 9789724028354

**Francisco, A. F. (2014).** *A Definição Social dos Conceitos de Mau Trato e Negligência*. (Tese de Mestrado não publicada, Instituto Universitário de Lisboa: Escola de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa). Recuperado de <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/9119>

**Freitas, M. J. & Parreira, P. M. (2013).** Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(10), 171-178. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a20.pdf>

**Gama, Z. A. & Saturno, P. (2013).** A Segurança do Paciente Inserida na Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde. In: *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. pp. 28-40. Recuperado de <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/2547/A%20seguran%C3%A7a%20do%20paciente%20inserida%20na%20gest%C3%A3o%20da%20qualidade%20dos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

**Garrido, P., Pereira, S., Polido, F., Bastos, H. & Craveiro, A. (2011).** Abordagem do doente agitado no Serviço de urgência. *Psiquiatria Clínica, vol. 32*(3): 169-183.

**Ghiglione, R. & Matalon, B. (2005).** *O Inquérito: Teoria e Prática*. [trad.] Conceição Lemos Pires. 4ª Edição. Oeiras: Celta. ISBN: 9727741207

**Gonçalves, J. F. (2018).** *A Sobrelotação no Serviço de Urgência: Estratégias de Redução pela Metodologia DELPHI*. (Tese de Mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Leiria: Escola Superior de Saúde, Leiria). Recuperado de <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3530>

**Hall, R. (1996).** *Organizations: Structures, Processes and Outcomes*. 6ª Edição. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. ISBN: 0132285290

**Honório, M. T. & Albuquerque, G. L. (2005).** A Gestão de Materiais em Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde, vol. 4* (3): 259-268. Retirado de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwifl5T5jbDsAhVMzBoKHZ1mDjgQFjABegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Fperiodicos.uem.br%2Ffojs%2Findex.php%2FCiencCuidSaude%2Farticle%2Fdownload%2F5206%2F3361%2F0&usq=AOvVaw3AvMz5sNjrk6IjeL7rileK>

**Hopkin, P. (2010).** *Fundamentals of Risk Management: Understanding, Evaluation and Implementing Effective Risk Management*. London: The Institute of Risk Management. ISBN: 9780749459420.

**ICN. (2006).** *Dotações Seguras Salvam Vidas: Instrumentos de Informação e Acção*. Genebra, Suíça: International Council of Nurses. ISBN: 9295040449.

**IOM. (1999).** *To err is human: building a safer health system*. Washington D.C.: The National Academy Press, 1999.

**IOM. (2001).** *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2001. doi: 10.17226/10027

**IPQ. (2015).** *Norma Portuguesa ISO 9001:2015, Sistemas de Gestão da Qualidade Requisitos ISSO 9001:2015*. Caparica, Portugal: IPQ, 2015. Retirado de [https://fenix.isa.ulisboa.pt/downloadFile/281547991156086/NPENISO9001\\_2015.pdf](https://fenix.isa.ulisboa.pt/downloadFile/281547991156086/NPENISO9001_2015.pdf)

**JHA, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H. & Bates, D. W. (2013).** The global burden of unsafe medicalcare: analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality & Safety 2013, Vol. 22(10)*, 809 - 815. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002396>

**Joint Comission International. (2010).** *Padrões de Acreditação da Joint Comission International Para Hospitais, 4ª edição*.

**Joint Commission on the Accreditation of healthcare Organization. (2009).** *The Joint commissions sentinel events*.

**Joint Commission on the Accreditation of healthcare Organization. (2009).** *Facts about Patient Safety*.

**Kanerva, A., Lammintakanen, J. & Kivinen, T. (2016).** Patient Safety in Psychiatric Inpatient Care: A Literature Review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, vol. 20(6)*: 541-548. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01949.x

**Keszei, A., Novak, M. & Streiner, D. L. (2010).** Introduction to health measurement scales. *Journal os Psychosomatic Research, vol. 68(4)*, 319-323. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>

**Knight, T. (2008).** Becoming a top quality and safety hospital. *Building Quality in Health Care, vol. 2(2)*: 9-10.

**Lacerda, M. R., Giacomozzi, C. M., Przenyczka, R. A. & Camargo, T. B. (2008).** Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da enfermagem: semelhanças e peculiaridades. *Revista Eletrónica de Enfermagem, vol. 10 (3)*, 843-8. Retirado de [https://www.researchgate.net/publication/26587171\\_Pesquisa-acao\\_pesquisa\\_convergente\\_assistencial\\_e\\_pesquisa\\_cuidado\\_no\\_contexto\\_da\\_enfermagem\\_semelhancas\\_e\\_peculiaridades](https://www.researchgate.net/publication/26587171_Pesquisa-acao_pesquisa_convergente_assistencial_e_pesquisa_cuidado_no_contexto_da_enfermagem_semelhancas_e_peculiaridades)

**Loureiro, C. S. (2014).** *Primeiro Contacto com o Internamento em Psiquiatria: Reações e Expectativas da Família*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17328/1/TESE%20CARLA.pdf>

**Matias, J. I. (2017).** *Avaliação da qualidade percebida pelos utentes nos cuidados de saúde primários em análises clínicas: um estudo nos centros de saúde do ACES Central – Algarve*. (Tese de Mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa). Recuperado de [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/6998/1/Avaliação%20da%20qualidade%](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/6998/1/Avaliação%20da%20qualidade%20)

20percebida%20pelos%20utentes%20nos%20cuidados%20de%20saúde%20primários%20em%20análises%20clínicas.pdf

**Maximiano, A. (2000).** *Introdução à administração*. 5ª Edição. São Paulo: Atlas S.A. ISBN 8522421641.

**Mendes, C. M. & Barroso, F. F. (2013).** Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Rev Port Saúde Pública*, vol. 32(2): 197-205. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v32n2/v32n2a10.pdf>

**Mendes, K. G. & Castilho, V. (2009).** Determinação da importância operacional dos materiais de enfermagem segundo a Classificação XYZ. *Rev Inst Ciênc Saúde*, vol. 27(4): 324-9. Retirado de <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiH5ezdjrDsAhUN8BoKHfQTBQoQFjAAegQIBBAC&url=http%3A%2F%2Ffiles.bvs.br%2Fupload%2FS%2F0104-1894%2F2009%2Fv27n4%2Fa1628.pdf&usg=AOvVaw0RUM2oeeh04Q3pgmUbONrK>

**Millar, J. & Mattke, S. (2004).** *Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries*. OECD Health Technical Papers. Retirado de <https://www.oecd.org/els/health-systems/33878001.pdf>

**Montalvo, I. (2007).** The National Database of Nursing Quality Indicators. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 12(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol12No03Man02

**MS. (1996).** Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da república n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04. pp. 2959-2962. Retirado de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

**MS. (2010).** *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa: MS. Retirado de <https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>

**MS. (2011).** *Avaliação Da Cultura de Segurança do Doente Numa Amostra de Hospitais Portugueses: Resultados do Estudo Piloto*. Departamento da Qualidade na Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/relatorio-da-avaliacao-de-cultura-de-seguranca-pdf.aspx>

**MS. (2011).** *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade em Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

**MS. (2011).** *Plano Nacional de Saúde – Tecnologias de Informação e Comunicação*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Retirado de [http://pns.dgs.pt/files/2011/06/TIC\\_2011-06-31.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2011/06/TIC_2011-06-31.pdf)

**MS. (2014).** *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e Serviço Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: ACSS. Retirado de [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/BS\\_MS\\_SNS\\_2014.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/BS_MS_SNS_2014.pdf)

**MS. (2015).** *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Retirado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

**MS., ARSLVT, IP. (2010).** *Gestão dos riscos profissionais em estabelecimentos de saúde, Orientação técnica N.º 1*. Lisboa: Departamento de Saúde Pública. Retirado de <https://pt.scribd.com/document/303370641/Gestao-dos-Riscos-Profissionais-em-Estabelecimentos-de-Saude>

**Muniz, G. F., Monteiro, M. P., Dias, W. C., Fioravante, I. A., Fernandes, L. F., Ribeiro, R. B. (2016).** Análise da causa raiz no processo produtivo por meio do uso das ferramentas da qualidade. *DI Factum*, vol. 1(1), Set-Dez. Retirado de <http://fatea.br/seer3/index.php/Difactum/article/view/24>

**National Database of Nursing Quality Indicators. (2010).** *Guidelines for Data Collection on the American Nurses Association's National Quality Forum Endorsed Measures: Nursing Care Hours per Patient Day, Skill Mix, Falls, Falls with Injury*. NDNQI Staff. KU School of Nursing. Retirado de <http://www.khen.com/Portals/16/Topics/Falls/ANAsNQFspecs.pdf>

**Nina, M. M. (2015).** *Caracterização das pessoas que recorrem à urgência de psiquiatria do Serviço de Urgências dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Recuperado de <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=46670&code=724>

**NPSA. (2007).** *Healthcare risk assessment made easy*. London: NPSA. Retirado de [http://www.vle.eastmidlandsdeanery.nhs.uk/pluginfile.php/42025/mod\\_resource/content/2/Risk%20Assessment%20Made%20Easy%20%28NPSA%29.pdf#:~:text=Healthcare%20risk%20assessment%20made%20easy%20The%20purpose%20of,ways%20in%20which%20risk%20can%20be%20minimised%3B%202.](http://www.vle.eastmidlandsdeanery.nhs.uk/pluginfile.php/42025/mod_resource/content/2/Risk%20Assessment%20Made%20Easy%20%28NPSA%29.pdf#:~:text=Healthcare%20risk%20assessment%20made%20easy%20The%20purpose%20of,ways%20in%20which%20risk%20can%20be%20minimised%3B%202.)

**OCDE. (2013).** Health Care Quality Indicators. *The OECD Health Care Quality Indicators Project*. Recuperado de <http://www.oecd.org/>

**OE, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2019).** *Parecer N.º 01/2019*. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16943/parecer-nº-01-2019\\_25012019\\_mceesmp\\_dotações-seguras\\_iniciativa-da-mceesmp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16943/parecer-nº-01-2019_25012019_mceesmp_dotações-seguras_iniciativa-da-mceesmp.pdf)

**OE. (2001).** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: OE. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

**OE. (2002).** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Recuperado de

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padros-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

**OE. (2006).** *Dotações seguras, salvam vidas*. Copyright do International Council of Nurses. ISBN: 9295040449. Retirado de <https://pt.scribd.com/document/216506450/Dotacoes-seguras-salvam-vidas>

**OE. (2006).** *Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente*. Ordem dos Enfermeiros. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf)

**OE. (2007).** *RECOMENDAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DE GUIAS ORIENTADORES DA BOA PRÁTICA DE CUIDADOS*. Lisboa: Comissão de Formação. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPraticas.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf)

**OE. (2014).** *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

**Oliveira, A. R. & Azevedo, S. M. (2014).** Estigma na doença mental: estudo observacional. *Rev Port Med Geral Fam*, vol. 30(4): 227-34. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v30n4/v30n4a04.pdf>

**Oliveira, M. C. (2010).** A Segurança em Unidades de Saúde. *Arquivos de Medicina*, Vol. 24 (2), 65-66. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v24n2/v24n2a05.pdf>

**Oliveira, R. M., Leitão, I. M., Silva, L. M., Figueiredo, S. V., Sampaio, R. L., Gondim, M. M. (2014).** Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc. Anna Nery*, vol. 18(1), 122-129. doi: 10.5935/1414-8145.20140018

**OMS. (2001).** *Strengthening mental health promotion*. Genebra, Suíça: OMS.

**OMS. (2009).** *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas*. Direção-Geral da Saúde. OMS, 2009. ISBN: 9789241598552.

**OMS. (2011).** *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

**OMS. (2013).** *Mental Health Action Plan, 2013/2020*. Genebra, Suíça: OMS.

**OMS. (2014).** *Preventing Suicide: A global imperative*. Genebra, Suíça: OMS.

**OMS. (2016).** *Erros de medicação: Série Técnica Sobre Atenção Primária Mais Segura*. Proqualis, ICICT/ Fiocruz, 2018. Retirado de [http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-Proqualis-Erros-de-medicacao-ABRIL-2018-1\\_0\\_0.pdf](http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-Proqualis-Erros-de-medicacao-ABRIL-2018-1_0_0.pdf)

**Page, A. (2004).** Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. *Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Institute of Medicine*. The National Academies Press. doi: 10.17226/10851

**Paim, L., Trentini, M., Madureira, V. S. & Stamm, M. (2008).** Pesquisa convergente assistencial e sua aplicação em cenários da enfermagem. *Cogitare enfermagem*, vol. 13(3): 380-6. Retirado de <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/12990/8775>

**Paneque, R. E. (2004).** Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Ver Cubana Salud Pública*, vol. 30(1). Retirado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004)

**Pereira, P. & Botelho, M. A. (2014).** Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, vol. 18(2): 61-73. Retirado de [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0z-q2j7DsAhVPQhoKHVDdBsEQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fpensarenfermagem.esel.pt%2Ffiles%2FArtigo4\\_61\\_73.pdf&usg=AOvVaw1YHXkuL5SRopNCKiNBODDD](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0z-q2j7DsAhVPQhoKHVDdBsEQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fpensarenfermagem.esel.pt%2Ffiles%2FArtigo4_61_73.pdf&usg=AOvVaw1YHXkuL5SRopNCKiNBODDD)

**Pisco, L. A. & Biscaia, J. L. (2001).** Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático 2, Avaliação da Qualidade*, 43-51. Retirado de [https://www.researchgate.net/publication/266584295\\_Qualidade\\_de\\_cuidados\\_de\\_saude\\_primarios](https://www.researchgate.net/publication/266584295_Qualidade_de_cuidados_de_saude_primarios)

**Pivoto, F. L., Lunardi Filho, W. D., Santos, S. S. & Lunardi, V. L. (2013).** Pesquisa convergente assistencial: revisão integrativa de produções científicas da enfermagem. *Texto contexto enfermagem*, vol. 22(3): 843-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300034>

**Polit, D. & Hungler, B. (2000).** *Investigacion Científica en Ciencias de la Salud*. 6ª Edição. Mexico: McGraw-Hill/ Interamericana Editores. ISBN: 970-10-2690-X.

**Portaria n.º 155/2009.** D. R. 1ª Série, Nº28 (10-02-2009). p. 878 - 881. Retirado de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/601363/details/maximized>

**Portaria n.º 288/99.** Instituto da Qualidade em Saúde. D.R. I Série-B, Nº 98 (27-04-1999). p. 2258-2261. Retirado de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/531410/details/maximized>

**Portela, M. C. (2000).** *Avaliação da qualidade em saúde*. In: ROZENFELD, S. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269. ISBN: 978-85-7541-325-8. Retirado de <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>

**Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2005).** *Manual de Investigação em ciências sociais*. 4ª Edição. Lisboa: Gradiva. ISBN: 9789726622758.

**Ramos, S. & Trindade, L. (2011).** Gestão de Risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *TecnoHospital* 48, Nov/Dez 2011. Retirado de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>

**Reason, J. (1998).** Achieving a safe culture: Theory and practice. *Work & stress*, vol. 12(3), 293-306. doi: 10.1080/02678379808256868

**Reason, J. (2000).** Human Error: models and management. *British Medical Journal*, 320: 768-770. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

**Reason, J. (2008).** *The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries*. UK: Ashgate. ISBN: 9780754674023.

**Reason, J., Hollnagel E., & Paries J. (2006).** Revisiting the “swiss cheese” model of accidents. *Journal of Clinical Engineering*, vol. 27: 110-115. Retirado de [https://www.researchgate.net/profile/Erik\\_Hollnagel/publication/285486777\\_Revisiting\\_the\\_Swiss\\_Cheese\\_Model\\_of\\_Accidents/links/566758e108ae34c89a024216/Revisiting-the-Swiss-Cheese-Model-of-Accidents.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Erik_Hollnagel/publication/285486777_Revisiting_the_Swiss_Cheese_Model_of_Accidents/links/566758e108ae34c89a024216/Revisiting-the-Swiss-Cheese-Model-of-Accidents.pdf)

**Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. (2013).** Estratégias para a Segurança do Paciente: Manual para Profissionais da Saúde. *Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente*. Porto Alegre: EDIPUCRS. ISBN: 978-85-397-0355-5

**Reibnitz, K. S., Prado, M. L., Lima, M. M. & Kloh, D. (2012).** Pesquisa Convergente-Assistencial: Estudo Bibliométrico de Dissertações e Teses. *Texto contexto enfermagem*, Florianópolis, 2012, Jul-Set; 21(3): 702-7. Retirado de <https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a27.pdf>

**Revere, L., Black, K. & Huq, A. (2004).** Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care. *The TQM Magazine*, vol. 16(2): 105-113. doi: 10.1108/09544780410522991

**Reis, C. T. (2013).** *A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro*. (Tese de Doutorado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro). Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14358/1/601.pdf>

**Rocha, F. L., Hara, C. & Paprocki, J. (2015).** Doença mental e estigma. *Ver Med Minas Gerais*, vol. 25(4): 590-596. doi: 10.5935/2238-3182.20150127

**Rocha, P; Prado, M & Silva, D. (2012).** Pesquisa convergente assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 65(6): 1019-25. Retirado de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a19v65n6.pdf>

**Royal College of Emergency Medicine. (2015).** *Tackling Emergency Department Crowding*. Londres. Retirado de

[https://www.rcem.ac.uk/docs/College%20Guidelines/5z23.%20ED%20crowding%20overview%20and%20toolkit%20\(Dec%202015\).pdf](https://www.rcem.ac.uk/docs/College%20Guidelines/5z23.%20ED%20crowding%20overview%20and%20toolkit%20(Dec%202015).pdf)

**Salzmann-Erikson, M. & Eriksson, H. (2012).** Panoptic Power and Mental Health Nursing – Space and Surveillance in Relation to Staff, Patients, and Neutral Places. *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 33: 500-504. doi: 10.3109/01612840.2012.682326

**Santos, A. E. & Padilha, K. G. (2005).** Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 58(4): 429-33. doi: 10.1590/S0034-71672005000400009

**Santos, J. M. F. (2017).** *O Enfermeiro como Promotor da Qualidade: Segurança nos Cuidados – gestão do erro.* (Tese de Mestrado não publicada, Politécnico de Leiria: Escola Superior de Saúde, Leiria) Recuperado de <https://iconline.iplleiria.pt/bitstream/10400.8/3068/1/Joana%20Santos%20Tese.pdf>

**Savitz, L., Jones, C. & Bernard, S. (2005).** *Quality Indicators Sensitive to Nurse Staffing in Acute Care Settings.* Agency for Healthcare Research and Quality in: Henriksen K. et al. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 4: Programs, Tools, and Products).* Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20600/>

**Silva, A. C., Silva, J. F., Santos, L. R., Avelino, F. V., Santos, A. M. & Pereira, A. F. (2016).** A Segurança do Paciente em Âmbito Hospitalar: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Cogitare Enfermagem*, Vol. 21. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i5.37763>

**Silva, A. M. & Domingos, A. P. (2008).** Carta de Tallinn – Países europeus querem reformar sistemas de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*, vol. 30: 55-58.

**Silva, M. A. (2009).** *Desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade.* (Tese de Mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro). Recuperado de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1715/1/2010000076.pdf>

**Sobrinho, R. F., Loro, M. M. & Bueno, J. B. (2016).** *Reflexão a cerca da pesquisa convergente assistencial na saúde do trabalhador.* Relatório técnico científico apresentado no XXII Seminário de Iniciação Científica, UNIJUI, Brasil. Retirado de [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK Ewioo\\_a5zK\\_sAhWADmMBHUYuCEEQFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.publicacoeseventos.unijui.edu.br%2Findex.php%2Fsalaconhecimento%2Farticle%2Fview%2F3923%2F3298&usg=AOvVaw2H6v6UZnbdkPHdC2VGxU\\_V](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUK Ewioo_a5zK_sAhWADmMBHUYuCEEQFjAAegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.publicacoeseventos.unijui.edu.br%2Findex.php%2Fsalaconhecimento%2Farticle%2Fview%2F3923%2F3298&usg=AOvVaw2H6v6UZnbdkPHdC2VGxU_V)

**Sousa, A. M. (2013).** *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente num Centro Hospitalar da Região Centro.* (Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra). Recuperado de [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiW8c-GlRDSAhUDyxoKHQILDs8QFjAAegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fcore.ac.uk%](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiW8c-GlRDSAhUDyxoKHQILDs8QFjAAegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Fcore.ac.uk%2F)

2Fdownload%2Fpdf%2F19332548.pdf&usg=AOvVaw1hQnVsALznaPREBcLEt-C8

**Sousa, P. (2006).** Patient Safety: A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Revista Ata Médica Portuguesa*, n.º 19(4): 309-318. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.21/7828>

**Sousa, P. (2006).** Sistemas de saúde e a segurança dos doentes. *Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, vol. 15(3): 163-167. Retirado de [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiYx-2Lzq\\_sAhVR4YUKHbJdBUwQFjAAegQIBhAC&url=http%3A%2F%2Frepositorio.chporto.pt%2Fbitstream%2F10400.16%2F1184%2F1%2FSistemasSaudeSeguranca\\_15-3\\_Web.pdf&usg=AOvVaw29GJWCuEt5cIXUf0EhQCF0](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiYx-2Lzq_sAhVR4YUKHbJdBUwQFjAAegQIBhAC&url=http%3A%2F%2Frepositorio.chporto.pt%2Fbitstream%2F10400.16%2F1184%2F1%2FSistemasSaudeSeguranca_15-3_Web.pdf&usg=AOvVaw29GJWCuEt5cIXUf0EhQCF0)

**Sousa, P. (2010).** Qualidade em Saúde: da Definição de Políticas à Avaliação de Resultados. In C. Silva, M. Saraiva & A. Teixeira (Edits), *A qualidade numa perspectiva multi e interdisciplinar*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 9771647626007

**Sousa, P., Pinto, F. J., Costa, C. & Uva, A. S. (2008).** Avaliação da qualidade em saúde: Importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático 7*: 57-65. Retirado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19699/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202008%20-%20V.%20Tematico%20n7a03%20-%20p.57-65.pdf>

**Sousa, P., Serranheira, F., Leite, E. Nunes, C. & Uva, A. S. (2011).** *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública-Universidade Nova de Lisboa. ISBN: 978-989-97342-0-3.

**Sousa, P., Uva, A. S. & Serranheira, F. (2010).** Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 10: 89-95. Retirado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19760/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202010%20-%20V.%20Tematico%20n10a10%20-%20p.89-95.pdf>

**Strubert, H. & Carpenter, D. (2002).** *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-29-0.

**Teixeira, J. M. (2000).** Diagnósticos Duplos: Toxicodependências e Perturbações Psiquiátricas. Vol. 2(5): 9-16. Retirado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiFwI-fiLDsAhUPyxoKHZbfB\\_IQFjABegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F6863%2F2%2F81912.pdf&usg=AOvVaw3laawc72mFqvczM0qTyCNE](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiFwI-fiLDsAhUPyxoKHZbfB_IQFjABegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F6863%2F2%2F81912.pdf&usg=AOvVaw3laawc72mFqvczM0qTyCNE)

**The Joint Commission. (2020).** *Health Care Worker Safety Checklists: Protecting Those Who Serve*. Joint Commission Resources. Illinois. ISBN: 9781635851021

- Travassos, C. & Caldas, B. (2013).** A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. In: *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. pp. 19-27
- Trentini, M. & Beltrame, V. (2006).** A pesquisa convergente assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. *Revista Cogitare Enfermagem*, vol. 11(2):156-60. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v11i2.6861>
- Trentini, M. & Paim, L. (1999).** *Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial*. Florianópolis: Editora da UFSC. ISBN: 9788532801753.
- Trentini, M. & Paim, L. (2004).** *Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de saúde-enfermagem*. Florianópolis: Insular.
- Trentini, M. & Paim, L. (2008).** *An innovative approach to promote a healthy lifestyle for persons with chronic conditions in Brazil*. Nova Biomedical Books. New York, p. 251-72.
- Vantil, F. C., Lima, E. F., Figueiredo, K. C., Portugal, F. B., Sousa, A. I. & Primo, C. C. (2018).** Segurança do paciente com transtorno mental: elaboração de tecnologias gerenciais para a gestão de riscos. *Escola Anna Nery*, vol. 22(4): 1-5. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0307
- Violante, A. P. (2014).** *Efetividade de Ensino Pré Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca*. (Tese de Mestrado não publicada, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra). Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwihqKDjgbDsAhUEyoUKHcjIB2EQFjABegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Frepository.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D31410%26code%3D883&usq=AOvVaw3FkPeFNVTEdxy3JXXf0qqi>
- Wachter, R. (2012).** *Compreendendo a segurança do paciente*. 1ª Edição. Brasil: Artmed Editora SA
- WHO. (2003).** *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Genebra: World Health Organization. ISBN: 9241562455.
- WHO. (2005).** *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems – From information to action*. Suíça: World Alliance For Patient Safety. Retirado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2007).** Communication during Patient Hand-overs. *Patient Safety Solutions*, vol. 1(3). Retirado de <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
- WHO. (2008a).** *SUMMARY OF THE EVIDENCE ON PATIENT SAFETY: IMPLICATIONS FOR RESEARCH*. World Alliance For Patient Safety. ISBN: 978 92 4 159654 1.

**WHO. (2008b).** *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action.* Copenhagen: WHO. ISBN: 978 92 890 7193 2.

**WHO. (2011).** *Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition.* Malta, Grécia: WHO. ISBN: 9789241501958.

**WHO. (2017).** World Health Organization - Patient Safety. [Online] 2020. [Citação: 22 de Agosto de 2020] <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>.

**Wong, C. A. & Cummings, G. G. (2007).** The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, vol. 15(5): 508–521. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00723.x>

## ANEXOS



## Anexo 1: Guião da Entrevista

### **GUIÃO DA ENTREVISTA**

Sr. Enfermeiro (a), encontro-me a realizar um estudo cujo tema é “Segurança do Doente em Psiquiatria – Processo de Gestão”, que integra o Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto. É um estudo qualitativo de natureza fenomenológica e de caso que tem por finalidade contribuir para melhorar a segurança dos doentes de foro psiquiátrico, através de um instrumento de monitorização. Tem como objetivos compreender o processo de gestão desenvolvido no serviço de psiquiatria para garantir a segurança do doente, conhecer as preocupações específicas dos enfermeiros sobre as questões de segurança do doente em psiquiatria, identificar os processos de segurança descritos pelos enfermeiros na assistência em psiquiatria, identificar como os enfermeiros priorizam os riscos de segurança específicos dos doentes em psiquiatria e identificar instrumentos para controlo da segurança dos doentes.

Solicito a sua colaboração para uma entrevista semiestruturada, com questões previamente preparadas (guião de entrevista), tendo uma duração estimada de 30 a 45 minutos, sendo necessária a sua gravação áudio. A participação no estudo não lhe implica riscos ou benefícios diretos.

O estudo está autorizado pelo Concelho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, EPE, todas as informações recolhidas são confidenciais e o sigilo sobre a sua participação está assegurado. Os resultados serão utilizados estritamente para fins académicos, congressos, reuniões técnico-científicas e/ou revistas de saúde pública, sem qualquer identificação de participantes ou instituições e serão guardados, sob minha responsabilidade, por dois anos e posteriormente destruídos.

A sua participação não é obrigatória e em caso de recusa, não será penalizado (a). A qualquer momento pode desistir de participar e retirar o seu consentimento.

Fornecer consentimento informado para assinar.

### QUESTÕES:

0 – Caracterização do participante:

- ✓ Idade: \_\_\_\_ anos
- ✓ Sexo: Masculino \_\_\_\_  
Feminino \_\_\_\_
- ✓ Função: Enfermeiro generalista \_\_\_\_  
Enfermeiro especialista \_\_\_\_  
Enfermeiro gestor \_\_\_\_
- ✓ Anos de serviço em psiquiatria: \_\_\_\_\_

1 - Para si o que é a segurança do doente num serviço?

2 - O que considera um serviço seguro?

3 - O que faz habitualmente no serviço para garantir a segurança do doente?

4 - Quais são os riscos que para si apresenta o doente em psiquiatria?

5 - Considera existirem riscos específicos que possam comprometer a segurança do doente?

6 - Que áreas considera prioritárias para a segurança do doente em psiquiatria?

7 - Que estratégias utiliza para evitar riscos para o doente?

8 - Que estratégias utiliza para a monitorização da segurança do doente?

9 - Quando é identificada alguma falha relacionada com a segurança do doente como procede?

10 - Que instrumentos existem no serviço para controlo da segurança dos doentes?

11 - Há algum assunto que queira acrescentar e que possa contribuir para o meu estudo?

Muito obrigado pela sua participação!

## Anexo 2: Consentimento Informado



Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Centro de Saúde \_\_\_\_\_

Número do Processo Clínico:

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO / ENSAIOS CLÍNICOS

Por favor leia com atenção todas as informações constantes neste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao Investigador se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão correctas e, então, assinale com X a quadrícula respectiva e assinie este documento. Tenha em consideração que o consentimento pode a todo o tempo ser revogado.

#### ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO:

- Contribuir para melhorar a segurança dos doentes de foro psiquiátrico, através de um instrumento de monitorização.

#### A preencher pelo Investigador (assinale com X a quadrícula respectiva e assinie este documento)

Confirmando que expliquei ao doente  aos familiares  ou ao seu representante legal  de forma adequada e inteligível a natureza e finalidade da investigação referida, e que da sua realização não decorre qualquer risco ou complicação nem qualquer benefício pessoal adicional, mas apenas o benefício geral que advém de novos conhecimentos adquiridos sobre a sua doença.

#### Observações complementares:

- Entrevista com duração estimada de 30 a 45 minutos;
- Necessária gravação áudio.

Nome do Investigador	Assinatura	N.º Mecanogr.	Data
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

#### A preencher pelo Doente / Familiares / Representante Legal (assinale com X a quadrícula respectiva e assinie este documento)

Declaro que percebi e que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo Médico/Investigador que assina este documento. Autorizo a utilização e armazenamento de produtos biológicos para estudos de investigação, bem como a utilização, análise e divulgação de dados clínicos registados informaticamente, também para estudos de investigação, tendo em estrita consideração o princípio da confidencialidade. Declaro ainda que recebi fotocópia da presente declaração.

Declaro que não concordo e que não autorizo o que me foi proposto e explicado pelo Investigador que assina este documento.

#### Observações complementares:

Assinatura do Doente	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Assinatura do Familiar	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Grau de Parentesco				
Assinatura do Representante Legal	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Número do Processo Clínico:

No caso de não poder ou não saber assinar:

Impressão Digital do Doente



Assinatura de Testemunha (1)	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Assinatura de Testemunha (2)	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Anexo 3: Pedido de autorização para a realização do estudo dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital escolhido

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração do  
Hospital de Magalhães Lemos, EPE  
Rua Professor Álvaro Rodrigues  
4149-003 Porto

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo

Eu, Daniel Nunes Mota Ferreira, enfermeiro do Hospital de Magalhães Lemos, EPE, na qualidade de aluno do Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem (2015/2017), na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio solicitar autorização para realizar um estudo subordinado ao tema “Segurança do Doente em Psiquiatria – Processo de Gestão”.

Pretende-se com este estudo compreender o processo de gestão desenvolvido no serviço de psiquiatria para garantir a segurança do doente, conhecer as preocupações específicas dos enfermeiros sobre as questões de segurança do doente em psiquiatria, identificar os processos de segurança descritos pelos enfermeiros na assistência em psiquiatria, identificar como os enfermeiros priorizam os riscos de segurança específicos dos doentes em psiquiatria e identificar instrumentos para controlo da segurança dos doentes.

Neste contexto, solicito que V. Ex.<sup>a</sup> se digne autorizar a recolha de dados/informação junto dos Enfermeiros do Hospital de Magalhães Lemos, EPE. Será garantida a confidencialidade dos dados/informação recolhida no estudo e em qualquer artigo publicado que decorra do estudo.

Em anexo envio exemplar do Projeto de Investigação e do instrumento de recolha de dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que a Professora Doutora Maria Manuela Martins é a responsável pela orientação da investigação.

Agradeço desde já a disponibilidade e atenção que possa dispensar ao assunto, subscrevo-me com consideração.

9 de Janeiro de 2017

---

Daniel Nunes Mota Ferreira

Daniel Nunes Mota Ferreira  
Rua Seixas da Paz, n.º 121, 4430-149, Vila Nova de Gaia, Portugal  
Tel.: +351 963 477 552  
E-mail: dkrdaniel@hotmail.com



Anexo 4 - Autorização do Conselho de Administração para a realização da investigação

*Autorização a realizar*

HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE	
Reunião do C.A. <i>11.1.17</i>	
Acta n.º <i>31.2017</i>	
Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.	
<i>[Signature]</i> António Louçã Presidente	<i>[Signature]</i> Alberto Feloso Vogal Executivo

*António Louçã*  
Presidente do Conselho de Administração

*António Louçã*  
Presidente do Conselho de Administração

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

Daniel Nunes Mota Ferreira, com o n.º mecanográfico 2311, com a categoria de Enfermeiro, a exercer funções no serviço de B1, vem expor a final que se segue:

na qualidade de aluno do Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem (2015/2017), na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio solicitar autorização para realizar um estudo subordinado ao tema "Segurança do Doente em Psiquiatria – Processo de Gestão".

Pretende-se com este estudo compreender o processo de gestão desenvolvido no serviço de psiquiatria para garantir a segurança do doente, conhecer as preocupações específicas dos enfermeiros sobre as questões de segurança do doente em psiquiatria, identificar os processos de segurança descritos pelos enfermeiros na assistência em psiquiatria, identificar como os enfermeiros priorizam os riscos de segurança específicos dos doentes em psiquiatria e identificar instrumentos para controlo da segurança dos doentes.

Neste contexto, solicito que V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação junto dos Enfermeiros do Hospital de Magalhães Lemos, EPE. Será garantida a confidencialidade dos dados/informação recolhida no estudo e em qualquer artigo publicado que decorra do estudo. Em anexo envio exemplar do Projeto de Investigação e do instrumento de recolha de dados. Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informo que a Professora Doutora Maria Manuela Martins é a responsável pela orientação da investigação.

Agradeço desde já a disponibilidade e atenção que possa dispensar ao assunto, subscrevo-me com consideração.

Pede deferimento

Porto, 9 de Janeiro de 2017

*Daniel Nunes Mota Ferreira*

*Em nome do Conselho de Administração foi aprovado este projeto, por não haver divergência de interesses e/ou*

*[Signature]*  
18.01.2017

000164 HML 09-JAN-17

**Nota:** É imprescindível que proceda ao preenchimento do n.º de certidões/declarações a emitir, sob pena de não o fazendo, ser por este serviço deduzido que apenas é pretendida uma declaração/certidão. Deverá expor, por suas palavras, qual o conteúdo pretendido que seja por este serviço declarado e/ou certificado.

*De acordo com os Procedimentos do Serviço de Formar e Investigar.*

*A Comissão de Ética da Saúde do Hospital de Magalhães Lemos, EPE*

*11.01.2016*

*[Signature]*  
A. BARBEDO OLIVEIRA  
Presidente do Conselho de Administração

