



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Gestão**

**Gestão de Risco e Efetividade de Cuidados de  
Reabilitação**

**Anabela de Sousa Picado**

**2013**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Gestão**

## **Gestão de Risco e Efetividade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

**Anabela de Sousa Picado**

**Prof. Pedro Bernardes Lucas**

**2013**



***“A eterna vigilância é o preço da segurança pois, alguns  
devem velar, enquanto outros dormem.”***

***Shakespeare***

## **AGRADECIMENTOS**

*Deixo os meus agradecimentos,*

*Ao Professor Pedro Lucas pela orientação, apoio, motivação e pertinência crítica, que tornou a realização deste trabalho um verdadeiro desafio.*

*Ao Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, que viabilizou a realização deste trabalho.*

*Aos meus colegas Enfermeiros de Reabilitação, pela disponibilidade e partilha.*

*Aos meus amigos pelo apoio e incentivo.*

*E por fim aos meus pais e irmã a paciência e apoio incondicional.*

## **RESUMO**

Com a crescente globalização assiste-se um desenvolvimento da complexidade dos sistemas de saúde. Na tentativa de melhoria das organizações de saúde, surgiram nos últimos anos programas de creditação de qualidade e criaram-se políticas de segurança do doente.

A problemática da segurança dos doentes foi recentemente levantada, dando-se ênfase à ocorrência de eventos adversos e suas consequências, sendo este um problema de saúde e uma ameaça à qualidade dos cuidados prestados.

Segundo o ICN os enfermeiros estão idealmente colocados para conduzir a agenda de segurança e qualidade dos cuidados de saúde, devido à sua proximidade aos doentes.

No contexto da profissão de enfermagem e no âmbito da gestão de risco, os cuidados de enfermagem e sua efetividade, influenciam os resultados obtidos pelos doentes, pelo que são uma preocupação da gestão dos recursos em saúde.

Sendo que o objetivo da enfermagem de reabilitação é diminuir o impacto da doença, das lesões, da incapacidade e melhorar o estado funcional, os eventos adversos associados aos cuidados de saúde impedem a concretização deste objetivo.

Pretendemos neste estudo contextualizar esta problemática, definindo indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem, relacionadas com a imobilidade e a respiração, áreas de intervenção fundamentais da enfermagem de reabilitação.

A prevenção de eventos adversos resulta num desafio para os enfermeiros de reabilitação, classificando estes como importantes, a maioria das intervenções de enfermagem desenvolvidas na gestão dos eventos adversos (aspiração, infeção, compromisso da limpeza da via aérea, queda, anquilose e pé equino e úlcera por pressão) abordados neste trabalho. Consideram que as suas intervenções melhoram o estado do doente, e consequentemente os seus resultados em saúde, demonstrando assim, a efetividade dos cuidados que prestam no âmbito das suas intervenções autónomas.

A gestão de risco e a prevenção de eventos adversos como determinantes de qualidade resultam de uma preocupação e de uma responsabilidade partilhada, entre todos os envolvidos como sejam, gestores, governantes, sociedade civil e profissionais de saúde, particularmente enfermeiros, inserindo-se como uma estratégia na melhoria da segurança do doente.

**PALAVRAS-CHAVES:** Segurança do doente; Eventos Adversos; Reabilitação; Hospital;

## **ABSTRACT**

With increasing globalization we witness the development of a complexity of health systems. In an attempt to improve the health organizations, have emerged in recent year's quality accreditation programs and policies of patient safety.

The issue of patient safety has been raised more recently, with emphasis on the occurrence of adverse events and their consequences, and its occurrence a health problem and a threat to quality of care.

According to ICN, nurses are ideally placed to drive the security agenda and quality of health care, due to its proximity to patients.

In the context of nursing profession, in concern to risk management, nursing care and its effectiveness, influence the results achieved by patients and are therefore a matter of interest in the management of health resources.

Since the goal of rehabilitation nursing is to reduce the impact of disease, injury, disability and improve functional status, adverse events related to health care impede the achievement of this goal.

We intend in this study to contextualize this issue, defining quality indicators sensitive to nursing interventions, related to immobility and breathing, key areas of intervention of rehabilitation nursing.

The prevention of adverse events is a challenge for rehabilitation nurses, classifying them as important, most of the nursing interventions developed in management of adverse events (aspiration, infection, commitment of cleaning airway, fall, ankylosis and pressure ulcer) are discussed in this paper. They consider that their interventions improve the patient's condition, and consequently their health outcomes, thus demonstrating the effectiveness of the care they provide.

Risk management and prevention of adverse events as determinants of quality, result from a concern and a shared responsibility among all involved, such as managers, governments, civil society and health professionals, particularly nurses, inserting itself as a strategy in improving patient safety.

**KEY WORDS:** Patient safety; Adverse Events; Rehabilitation; Hospital;

**ÍNDICE**

AGRADECIMENTOS.....	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT .....	VI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
ÍNDICE DE TABELAS.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XI
SIGLAS.....	XIV
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	1
1. INTRODUÇÃO.....	2
2. QUALIDADE EM SAÚDE.....	5
3. GESTÃO EM ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO DOENTE.....	8
3.1.A importância dos Enfermeiros na segurança do doente .....	10
3.2.Efetividade de Cuidados de Enfermagem .....	13
3.3.Enfermagem de Reabilitação e Gestão de Risco Clínico .....	15
3.4.Eventos Adversos em Contexto Hospitalar .....	18
3.5.Fatores de Risco e Prevenção de Eventos Adversos Em Enfermagem .....	20
3.6.Indicadores de Qualidade Sensíveis às Intervenções de Enfermagem .....	24
4. REFERENCIAL TEÓRICO EM ENFERMAGEM - O MODELO DE CALLISTA ROY.....	27
5. NORMATIVOS PROFISSIONAIS .....	29
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO .....	32

1. METODOLOGIA .....	33
1.1. Problema .....	33
1.2. Tipo de Estudo.....	34
1.3. Objetivos.....	34
Objetivo geral .....	34
Objetivos Específicos.....	35
1.4. Amostra .....	35
1.5. Instrumento de Colheita de Dados.....	36
2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....	39
3. CONCLUSÃO .....	58
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS.....	67
Anexo I – Questionário .....	68
Anexo II – Pedido e autorização para utilização do Questionário.....	69
Anexo III – Pedido autorização para aplicação do Questionário à Direção Enfermagem – CHLN, EP – Hospital de Santa Maria .....	70
Anexo IV - Autorização para aplicação do Questionário da Direção de Enfermagem CHLN, EP. – Hospital de Santa Maria.....	71

## ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 – Ambiente trabalho favorável para a prática .....	9
Fig. 2 - Modelo da efetividade dos cuidados de enfermagem .....	15
Fig. 3 – Gestão de risco.....	17
Fig. 4 - Erro e relação com queijo suíço.....	21
Fig. 5 - Abordagem proactivas na gestão de risco .....	24
Fig. 6 – Modelo da qualidade de cuidado de Duffy e Hoskins .....	26
Fig. 7- Representação diagramática de um sistema simples .....	27

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estudos de eventos adversos.....	19
Tabela 2 - Fatores relacionados com a segurança do doente na enfermagem de reabilitação.....	21
Tabela 3 - Fatores de risco.....	23
Tabela 4 – Tipo de estímulos.....	28
Tabela 5 - Resultados do alfa de Cronbach do pré-teste e reteste.....	37
Tabela 6 - Variação do coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> .....	38

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição segundo o sexo .....	39
Gráfico 2 – Distribuição segundo a idade .....	39
Gráfico 3 – Distribuição segundo o serviço .....	40
Gráfico 4 – Distribuição segundo áreas de cuidados.....	40
Gráfico 5 – Distribuição segundo a categoria profissional .....	41
Gráfico 6 – Distribuição segundo o tempo de atividade profissional .....	41
Gráfico 7 – Distribuição segundo o tempo como especialista em reabilitação .....	42
Gráfico 8 - Distribuição segundo a variável aspiração.....	42
Gráfico 9- Distribuição segundo a variável identificação do risco de aspiração .....	43
Gráfico 10 – Distribuição segundo a identificação do risco e não desenvolveu aspiração .....	43
Gráfico 11 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem prevenir a aspiração .....	43
Gráfico 12 – Distribuição segundo a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente .....	44
Gráfico 13 – Distribuição segundo a variável compromisso de limpeza da via aérea .....	44
Gráfico 14 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem vigiar compromisso limpeza da via aérea.....	44
Gráfico 15 – Distribuição segundo a intervenção de enfermagem controlar o compromisso limpeza da via aérea.....	45
Gráfico 16 – Distribuição da variável segundo a intervenção de enfermagem resolução do compromisso da via aérea .....	45
Gráfico 17 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente .....	45
Gráfico 18 - Distribuição segundo a variável risco de infeção.....	46
Gráfico 19 - Distribuição da variável segundo identificação do risco e não desenvolveram infeção .....	46

Gráfico 20 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem prevenir a infeção .....	47
Gráfico 21 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente .....	47
Gráfico 22 - Distribuição segundo a variável anquilose e pé equino .....	47
Gráfico 23 - Distribuição segundo a variável risco de anquilose e pé equino .....	48
Gráfico 24 - Distribuição da variável segundo identificação do risco e não desenvolveram anquilose e pé equino .....	48
Gráfico 25 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem prevenir a anquilose e pé equino .....	48
Gráfico 26 -- Distribuição segundo a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente .....	49
Gráfico 27 - Distribuição segundo a variável queda.....	49
Gráfico 28 - Distribuição segundo a variável risco de queda.....	49
Gráfico 29 - Distribuição da variável segundo identificação do risco e não desenvolveram queda .....	50
Gráfico 30 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem prevenir a queda .....	50
Gráfico 31 - Distribuição segundo a variável úlcera por pressão .....	50
Gráfico 32 - Distribuição segundo a variável risco de úlcera por pressão.....	51
Gráfico 33 - Distribuição da variável segundo Identificação do risco e não desenvolveram úlcera por pressão.....	51
Gráfico 34 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem prevenir a úlcera por pressão .....	51
Gráfico 35 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente .....	52
Gráfico 36 – Respostas relativas à pergunta nº 2 - Refira outros indicadores que possam ser relevantes para o seu serviço e que não foram atrás referidos .....	52
Gráfico 37 - Respostas relativas à pergunta nº 3 - Comentários/Sugestões .....	53
Gráfico 38 – Média indicadores eventos adversos.....	53
Gráfico 39 – Média indicadores de risco.....	54

*Anabela de Sousa Picado*

---

Gráfico 40 – Média indicadores identificados e preveníveis .....	54
Gráfico 41 – Média intervenção enfermagem para cada indicador .....	55
Gráfico 42 - Média indicador: Se a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente .....	56

## **SIGLAS**

CE – Comissão Europeia

CNQ - Conselho Nacional da Qualidade

DGS – Direção Geral de Saúde

EA – Evento Adverso

GR – Gestão de Risco

ICN - International Council of Nurses

IQS – Instituto de Qualidade Em Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

SD – Segurança do Doente

RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

# **PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

## 1. INTRODUÇÃO

Com a crescente globalização assiste-se cada vez mais a um desenvolvimento da complexidade dos sistemas de saúde. As exigências ao nível da qualidade e complexidade conduzem a uma renovação e atualização constantes, que numa organização de saúde pela sua especificidade, podem conduzir a disfuncionamentos, com erros e dificuldades em manter elevados níveis de *performance*.

Assim, nesta perspectiva e procurando atender a movimentos de melhoria nas organizações de saúde, tem-se assistido nos últimos anos à introdução de diferentes métodos, como seja a introdução de programas de creditação de qualidade e ainda a inserção de políticas de segurança do doente.

Desta forma o problema da qualidade em saúde e dentro desta, o problema da segurança dos doentes é um campo relativamente recente da gestão em saúde, investigação e prática clínica (Carneiro, 2010:3).

A problemática da segurança dos doentes foi mais recentemente levantada, dando-se ênfase à ocorrência de eventos adversos e suas consequências. Em 2000 a publicação pelo Institute of Medicine do livro *"To Err is Human: Building a Safer Health System"* colocou no panorama das políticas de saúde a questão da segurança dos doentes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), a incidência de eventos adversos *"é um desafio para a qualidade dos cuidados, causa importante de sofrimento humano, que poderia ser evitável, e instrumento de perda financeira de custos dos serviços de saúde"*, crendo-se que um desenvolvimento importante no desempenho dos sistemas de saúde pode e há-de-vir da prevenção dos eventos adversos e do desenvolvimento de políticas de segurança dos doentes.

Neste contexto procurando aumentar a segurança dos doentes nos cuidados de saúde, ocorreu um movimento que aposta na segurança ao doente e que ocupa uma posição elevada na agenda dos cuidados de saúde na maioria dos países industrializados, mediante a introdução de sistemas de acreditação de qualidade em saúde.

Atenta a esta problemática a OMS, desenvolveu um programa de segurança dos doentes, que tenta promover a equidade, desenvolvendo atividades e programas, que elevam a segurança do doente a uma posição similar nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. A criação em 2004 da *World Alliance for Patient Safety*, resultou da crescente preocupação com

a segurança do doente, sendo que a ocorrência de eventos adversos é um problema de saúde e uma ameaça à qualidade dos cuidados prestados.

A segurança do doente é um conceito em evolução e existem muitos desconhecimentos, em particular relacionados com a doença e com resultados de cuidados não seguros.

Segundo um estudo do *Internacional Council of Nurses* (ICN, 2010) os enfermeiros estão idealmente colocados para conduzir a agenda de segurança e qualidade dos cuidados de saúde, devido à sua proximidade aos doentes.

Numa tomada de posição em 2002 o ICN declarou que os enfermeiros têm responsabilidade na segurança dos doentes em todos os aspetos relacionados com o cuidar. Neste mesmo documento o ICN demonstra uma crescente preocupação com a ameaça à segurança dos doentes e conseqüentemente à qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros encontram-se capacitados para utilizar o conhecimento efetivo que detêm na prestação de cuidados como um fator fundamental para a saúde daqueles de quem cuidam. Estes aspetos incluem não só a demonstração da efetividade dos cuidados que prestam, mas pressupõem também informar o doente sobre o risco e a redução do risco, e ainda advogar para a segurança do doente e para a notificação do evento adverso (EA).

Assim e analisando esta problemática numa perspetiva da profissão de enfermagem, consideramos que na gestão do risco de segurança dos doentes, os cuidados de enfermagem e a sua efetividade influenciam os resultados obtidos pelos doentes, pelo que são uma preocupação da gestão dos recursos em saúde.

Sendo que o objetivo da enfermagem de reabilitação é diminuir o impacto da doença, das lesões, da incapacidade e melhorar o estado funcional (Hoeman, 2011:169), os eventos adversos associados aos cuidados de saúde impedem a concretização deste objetivo. Os eventos adversos podem potenciar a doença ou lesão, atrasar ou impedir o processo de reabilitação, comprometendo a segurança do doente, o que resulta em efeitos prejudiciais sobre o estado funcional e a qualidade de vida.

Desta forma e tentando responder a esta problemática formámos a seguinte questão de investigação:

**Quais são as intervenções autónomas do Cuidar em Enfermagem de Reabilitação, que contribuem para a diminuição dos eventos adversos?**

A crescente preocupação com a segurança do doente deixou cair a ideia de segurança associada ao hospital, enquanto local seguro para a prestação de cuidados de excelência às populações. No ambiente hospitalar existem muitos riscos e condições propensas para ocorrerem eventos adversos. Os eventos adversos têm repercussões tanto nos doentes como nas instituições, sendo a prevenção a estratégia a implementar pelos profissionais de saúde.

A prevenção de eventos adversos poderá resultar num desafio para os enfermeiros de reabilitação, mediante a investigação, a formação e a implementação de intervenções de enfermagem, que conduzam a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados às populações particularmente fragilizadas que usufruem destes.

A identificação precoce do risco é a chave para prevenir lesões (eventos adversos) nos doentes, dependendo esta prevenção da manutenção de uma cultura de confiança, de um clima de honestidade, integridade e comunicação entre doentes e cuidadores do sistema de cuidados de saúde.

De uma forma geral pretende-se com este trabalho atendendo ao seu carácter exploratório, contextualizar a problemática no âmbito do panorama de cuidados de saúde atual, fundamentando a importância da segurança do doente, da gestão de risco clínico e da visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados, mediante indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem, no âmbito da enfermagem de reabilitação e relacionadas com a imobilidade e a respiração. Assim definimos para este trabalho o seguinte objetivo.

- **Identificar o contributo dos Enfermeiros de Reabilitação para a diminuição da ocorrência de eventos adversos no doente no âmbito da decisão autónoma do exercício profissional dos Enfermeiros;**

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes: a primeira parte – o enquadramento conceptual que é constituída por uma revisão da literatura sobre o fenómeno em estudo. A segunda parte – a metodológica, onde se identifica a metodologia que se utilizou, o tipo de estudo, a amostra, o tipo de instrumento de recolha de dados, a análise de dados e a sua discussão, onde se evidenciam as conclusões do estudo. Por último é feita uma abordagem às limitações ao estudo e a sua conclusão.

## 2. QUALIDADE EM SAÚDE

Atualmente a qualidade é um tema fulcral, presente nas organizações e com carácter influente no desenvolvimento das sociedades. Cada vez mais a procura da qualidade é uma constante a ter em conta na prestação de cuidados de saúde.

Os cidadãos estão cada vez mais exigentes no que diz respeito às respostas dos serviços de saúde, dado que a Saúde é uma das suas maiores preocupações.

Este movimento surgiu nos anos 1980/1990 em que se observou um interesse crescente em perceber e implementar elementos contínuos de melhoria da qualidade no sector da saúde.

Deste movimento nasceu a necessidade de implementar nas organizações de saúde sistemas de gestão da qualidade. Esta proporciona às organizações de saúde a possibilidade de aumentar a competitividade e oferecer ganhos em qualidade e produtividade.

Existem inúmeras definições conceptuais da qualidade em saúde, o Instituto da Medicina dos EUA define qualidade em saúde como “... o grau em que os cuidados de saúde são prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (Pereira, 2009:63).

O direito à qualidade de cuidados encontra-se contemplado na Constituição da República Portuguesa que no seu artigo 64º sobre Saúde, nº 3, alínea d) refere “*para assegurar o direito à proteção em saúde, incumbe diretamente ao Estado: disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas de medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, de forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade*”.

No documento da Lei de Bases da Saúde aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Capítulo II- Das entidades prestadoras de cuidados de saúde, Lei XII, sobre Sistemas de Saúde, nº 6, refere-se à qualidade dos sistemas de saúde referindo “*o controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência*”.

A Ordem dos Enfermeiros desempenha também um papel especial neste contexto ao “*promover a defesa da qualidade dos cuidados prestados à população...*”, sendo este um dos seus principais desígnios (OE, 2009).

É crescente a preocupação com a qualidade, que passou a ser vista como a focalização das organizações na satisfação das expectativas dos seus clientes e num sistema de gestão de qualidade.

A qualidade é uma problemática presente ao longo da história da Enfermagem, se recuarmos um pouco no passado, verificamos que já Florence Nightingale, no século XIX, se preocupava com a qualidade, segundo esta os enfermeiros poderiam melhorar a qualidade dos cuidados, mediante a melhoria das condições higiénicas.

Numa altura em que a qualidade dos serviços e a avaliação dos mesmos estão cada vez mais presentes nas preocupações políticas, económicas e de gestão é difícil definir a qualidade – na verdade pode-se correr o risco de criar uma conceção redutora da qualidade dos cuidados – que progressivamente se imporá, segundo (Hesbeen, 2001:38) não só aos prestadores de cuidados como também à população.

A qualidade é por vezes entendida, segundo o mesmo autor como a excelência ou ainda o que há de melhor. Mas de que ponto de vista é expressa esta atenção ou esta excelência? Será do ponto de vista dos profissionais, do doente, da família, da administração? A excelência e a perfeição são palavras perigosas, quando usadas banalmente, pois significam a estabilidade, a perfeição, portanto o limite. A qualidade deve ser um *continuum* entre mediocridade e a excelência.

Para a *Agency for the Research and Quality*, citada por Hoeman (2011:155) a qualidade em saúde é “ *fazer o que está certo, no momento certo, de forma certa – e com os melhores resultados possíveis*”

Segundo HESBEEN (2001:46), reportando-se a Vouri, afirma o que importa ao utilizar-se o conceito de qualidade, “*este deve indicar claramente o significado que lhe atribui: qualidade para quem, definida por quem, destinada a quê e qual a qualidade em questão*”.

Qual é então o significado de Qualidade da prática de cuidados? “*Uma prática de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção especial, uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente identificados*” (Hesbeen 2001: 52).

Assim desta forma a qualidade de um serviço de saúde é determinada pela diferença entre as expectativas do cliente relativamente ao serviço e a avaliação que faz, e o serviço efetivamente percebido.

Seja qual for a definição de qualidade, a verdade é que a necessidade de se implementarem sistemas de qualidade é hoje assumida por organismos internacionais como a OMS e o ICN e em Portugal pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

Este último organismo tem vindo a dinamizar em Portugal diversas iniciativas no foro da qualidade como sejam: os processos de acreditação dos hospitais, em articulação com os organismos internacionais, o projeto de avaliação e monitorização dos centros de saúde, entre outros (Pereira, 2009:67).

No Luxemburgo (2005) realizou-se a Conferência - *Luxembourg Presidency Conference of Patient Safety*, cuja finalidade era identificar os interesses e desafios relativos à segurança do doente numa perspectiva europeia, através de partilha de experiências e práticas desenvolvidas sobre esta temática na premissa “a qualidade e segurança são prioritários no plano estratégico” e ainda reforçar o impulso político (Paulo, 2006).

A acessibilidade a cuidados de alta qualidade é um direito valorizado por todos os países da União Europeia. Considerando a globalidade de qualquer sistema da qualidade é possível compreender e aceitar que a segurança do doente aí se inscreva. É plausível abordar as questões da segurança dos doentes no prisma da qualidade em saúde. Nesta perspetiva todos os países devem assegurar que todos os indivíduos utilizadores dos sistemas de saúde se sintam seguros.

### 3. GESTÃO EM ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO DOENTE

Por Segurança do Doente entende-se como “a redução do risco de dano desnecessário relacionado com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo. É ainda definida como a ausência de lesões acidentais resultantes de erro médico ou de evento adverso inevitável” (DGS, 2011:24).

Desde que em 2000 se publicou como referido anteriormente “*To Err Is Human – Building A Safer Health Care System*”, que a segurança do doente se tornou um objetivo económico e político nos países ocidentais. Outros relatórios elaborados com referências críticas sobre a segurança dos doentes: *Crossing the Quality Chasm* (OMS, 2001) e *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* (OMS, 2004) confirmaram esta preocupação.

Este conjunto de estudos fez emergir um movimento, que veio lançar o problema da segurança do doente, para o primeiro plano das agendas políticas internacionais.

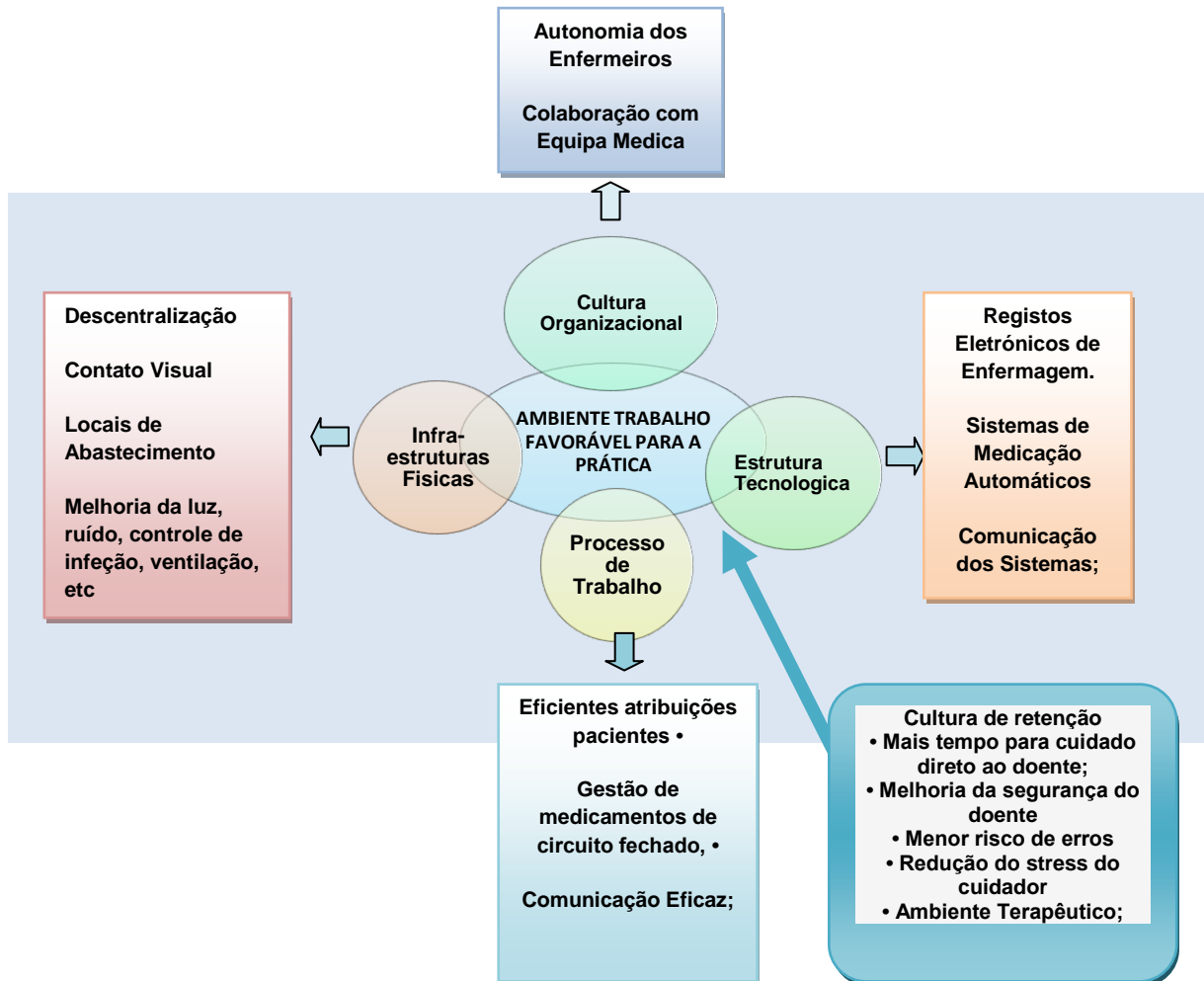
Assim, de entre as várias medidas agendadas pelos vários governos, um denominador comum entre eles foi a criação de organizações especializadas, como seja a *Nacional Patient Safety* no Reino Unido e a *Australian Patient Safety* na Austrália e implementação de um sistema nacional de registo de eventos adversos. Optaram também por defender uma cultura de aprendizagem em desfavor de uma cultura de culpabilização. Ao mesmo tempo reforçaram a importância da existência de uma liderança forte e do envolvimento de todos os intervenientes no processo de cuidados. Os esforços para construir um sistema de saúde mais seguro deveriam ser uma preocupação de todas as organizações, com o objetivo único de melhorar a segurança do doente.

O documento *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* (OMS, 2004) analisa a segurança da doente aliada ao ambiente de trabalho dos enfermeiros e à forma que como o cuidado é prestado e fá-lo do ponto de vista dos Enfermeiros. Os autores do livro assinalam orientações para o sistema de saúde baseados nas seguintes recomendações: a) os ambientes e projetos de trabalho dos enfermeiros podem ajudar a prevenir e reduzir os erros, b) necessidade de implementar uma liderança transformacional, c) maximizar a capacidade de trabalho dos enfermeiros, d) criar e sustentar uma cultura de segurança.

Segundo o Instituto da Medicina (2004), “os enfermeiros representam um papel central na segurança do doente, pelo que a criação de ambientes de trabalho favoráveis às práticas

deveria constituir uma preocupação central de todas as organizações de saúde, preocupadas com a segurança do doente”. Na figura seguinte estão representados os aspetos que permitem o desenvolvimento dos ambientes favoráveis à prática.

Fig. 1 – Ambiente trabalho favorável para a prática



**Fonte:** Adaptado: Hendrich, A., Chow, M. Fig. 1 1- The interface between unit physical design, organizational culture, technology, and work processes in creating a culture of retention and safety. . In: Maximizing the Impact of Nursing Care Quality: A Closer Look at the Hospital Work Environment and the Nurse's Impact on Patient-Care Quality. The Center for Health Design. Georgia, 2008.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança requer uma liderança forte e empenhada por parte dos gestores das equipas de enfermagem. Segundo o *Instituto de Medicina*, citado por Hughes (2008:14) os elementos essenciais para uma cultura de segurança eficaz inclui o compromisso de uma liderança que capacite e estimule todos os enfermeiros para uma vigilância constante, mediante a comunicação, a tomada de decisão, qualificação, recompensas e incentivos. Também algumas associações de enfermagem nos EUA emitiram orientações sobre a criação de uma cultura de segurança para o doente, enfatizando a

necessidade dos seguintes aspetos. a) uma cultura de informação, b) uma cultura flexível, c) uma cultura de aprendizagem e d) uma cultura justa.

Os gestores das instituições de saúde devem orientar as suas políticas de gestão organizacional de forma a dar resposta a uma cultura de segurança e à promoção de ambientes de trabalho seguros. Os ambientes de trabalho seguros necessitam da existência de ambientes favoráveis para a prática. Existem vários estudos efetuados a nível internacional, alguns dos quais abordamos de seguida, que mencionam que existe uma correlação enorme entre a carga horária de trabalho, rácios dos enfermeiros e o número de acidentes, e ainda alguns estudos relatam que os rácios de enfermagem estão relacionados com os resultados dos doentes, apontando estes que quanto mais elevado o estatuto educacional e profissional dos enfermeiros que prestam cuidados melhores serão os resultados dos doentes.

O documento “Dotações seguras salvam vidas” publicado pela OE (2006), reforça estes aspetos, como seja a adequação de pessoal e a combinação adequada de níveis de aptidão disponíveis ao longo do turno, para assegurar as necessidades dos doentes e uma prática segura.

### **3.1.A importância dos Enfermeiros na segurança do doente**

Neste sentido tem sido sugerido a nível global a ideia de que os enfermeiros se encontram idealmente posicionados para conduzir a agenda de segurança e qualidade dos cuidados de saúde. (ICN, 2002:1)

Segundo Kohn, Corrigan e Donaldson (2000) a segurança do doente é uma premissa fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde e sobretudo para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Todos os intervenientes presentes no processo de cuidados aos doentes são responsáveis para que nenhum dano seja infligido aos doentes. Os enfermeiros como fazem parte deste sistema têm o intuito de garantir a melhoria contínua dos cuidados prestados e ao mesmo tempo incrementar a segurança do doente na organização de saúde.

Estudos de Bargagliotti e Lancanter (2007) citado por Richardson et al (2010) descrevem a profissão de enfermagem como estruturadora de uma rede de segurança forte para os consumidores dos cuidados de saúde.

Todavia a profissão de enfermagem nos últimos anos sofreu alterações no contexto multiprofissional, que provocam um forte impacto na prestação de cuidados de enfermagem e por isso interferem na qualidade de cuidados e na segurança dos doentes. Vitorino (2009:14) identifica e enumera vários fatores:

### **Fatores que interferem na qualidade e segurança dos cuidados aos doentes**

- Aumento da complexidade dos problemas de saúde e as escassas e desajustadas estruturas de saúde que atualmente existem;
- A escassez de recursos é de extrema importância para assegurar a segurança dos doentes. Vários estudos evidenciaram que a insuficiente dotação de enfermeiros se correlaciona com os eventos adversos tais como, quedas, úlceras de pressão, erros de terapêutica, infeções;
- O vínculo precário e a rotatividade dos profissionais;
- Os conhecimentos científicos que evoluem exponencialmente que obrigam a uma atualização e adaptação constantes, só possível pelo empenhamento nos resultados do trabalho e compromisso pessoal o que implica organizações capazes de permitir e incentivar uma aprendizagem contínua e as formas de gestão que não se pautam por estabilidade que proporcionem “segurança”;
- O crescimento exponencial de produção e acessibilidade de conhecimentos na área da saúde, o que obriga a profundas reformas de saúde;

No entanto apesar de todas estas condicionantes (Richardson et al 2010) continuam a referir que os enfermeiros são a chave de qualquer iniciativa de segurança e de qualquer aspeto do movimento de segurança. Este facto coloca uma grande responsabilidade na profissão e esta deve ter os requisitos necessários para corresponder a esta responsabilidade, como a sua capacitação e formação.

Segundo o ICN (2002:1) os enfermeiros têm responsabilidades no âmbito da segurança do doente, nas seguintes esferas:

- Informar os doentes e suas famílias de potenciais riscos;
- Reportar as ocorrências de eventos adversos às autoridades apropriadas;
- Assumir um papel ativo nas políticas de segurança e qualidade de cuidados;
- Suportar medidas que garantam a segurança do doente;
- Melhorar a comunicação entre doentes e outros profissionais de saúde;
- Debater-se por adequados rácios de enfermagem;

- Debater-se para a standardização de tratamentos e protocolos que minimizem os erros;
- Promover programas rigorosos de controlo da infeção;
- Colaborar com o sistema de registo de eventos adversos nacionais para reportar, analisar e aprender com os erros;

A capacitação da enfermagem nos programas de segurança parece estar presente, como uma componente crucial para o sucesso destes. O ICN (2002:1) por outro lado está fortemente preocupado com uma ameaça à segurança e qualidade dos cuidados de saúde, resultando num número insuficiente de recursos humanos treinados adequadamente. Estudos efetuados nos últimos anos e que definimos de seguida relacionam os rácios de enfermeiros, com o ambiente de trabalho e com a segurança do doente.

Unruh et al. (2012:3) O'Brian-Pallas, 2010; Sung-Heui, 2010, West, 2009; Unruh, 2008 referem que existe uma relação direta entre os rácios dos enfermeiros e a ocorrência de eventos adversos, como sejam úlceras de pressão, infeções, quedas, sépsis pós-operatória e falhas no atendimento (cuidar de enfermagem).

A pesquisa nesta área, Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski e Silber (2002), Tourangeau, Giovannetti, Tu e Wood (2002), Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart e Zelevinsky (2002) focou que o aumento do pessoal de enfermagem, incluindo o aumento da proporção de horas fornecidas pelos enfermeiros e mesmo um aumento do número total de enfermeiros, resulta numa redução dos resultados adversos aos doentes, incluindo o número de mortes e a redução dos tempos médios de internamento (OE, 2006:10).

Charney & Schirmer (2007:470) citando o *Institute of Medicine EUA* (2000) referem que a prática de enfermagem está diretamente ligada à segurança do doente, e que fatores como as condições de trabalho e rácios de enfermeiros inadequados aumentam o risco de erro. Este estudo foca outros estudos efetuados pela *American Nurses Association* (ANA) que examinou o impacto da prática de enfermagem nos resultados dos doentes, tendo indicado cerca de dez indicadores sensíveis à prática de enfermagem entre os quais: infeções nosocomiais, quedas, úlceras de pressão, dor, erros terapêuticos, e complicações pós-operatórias.

Noutros estudos como o de Richardson et al (2010:13) ficou documentado que o ambiente de trabalho que está relacionado com o *stress* e carga de trabalho, pode resultar num aumento de 28% de eventos adversos para o doente. Segundo este autor (2010) esta problemática parece estar relacionada com determinados fatores como: as características organizacionais, com a

carga de trabalho, com a liderança com o trabalho em equipa, com o *empowerment*, que condicionam a segurança do doente.

No seu estudo Vogelsmeier et al (2007:210) referem que o tipo de liderança e a existência de uma cultura organizacional não punitiva, em que os erros são divulgados constituem um elemento importante para que a segurança do doente possa tornar-se uma realidade. A transparência dentro de uma organização aumenta a probabilidade de se detetarem erros, evitando assim danos potenciais. Os líderes de enfermagem representam um incremento substancial para o estabelecimento de sistemas que promovem a comunicação aberta e facilitam a divulgação do erro.

Noutro estudo como o de Mrayyan (2006), encontramos indicadores que evidenciam que a liderança, a comunicação, a participação na tomada de decisões e o relacionamento inter-equipa são fatores facilitadores para a promoção da segurança do doente, daí a importância da liderança e dos modelos de gestão em enfermagem, como agentes impulsionadores destes processos.

Segundo Scherb and Weydt (2009:16) quando os enfermeiros compreenderem que intervenções são necessárias para conseguir resultados desejáveis nos doentes, podem mais facilmente definir a sua prática e esta é de certa forma uma das pretensões deste trabalho.

### **3.2.Efetividade de Cuidados de Enfermagem**

Entende-se por efetividade como a capacidade de produzir um efeito, que pode ser positivo ou negativo. A efetividade está relacionada com os resultados obtidos na prática e é sempre uma medida do impacto da aplicação de intervenções ou tecnologias. A efetividade dos cuidados de enfermagem é uma medida concreta do resultado das intervenções de enfermagem, obtida naqueles a quem os cuidados foram prestados (Margato, 2011:1).

Pereira (2009:64) refere-se à efetividade como a relação comparativa que se estabelece entre os resultados obtidos e aqueles que os *standards* apontam com base na evidência empírica. Esta dimensão operacional da qualidade em saúde permite na análise dos processos uma adequação das intervenções terapêuticas implementadas.

Como já referido a atual conjuntura da gestão em saúde tem uma preocupação crescente com a segurança do doente, sendo este um pressuposto para a melhoria dos *standards* da qualidade.

Neste campo os profissionais de saúde e em particular os enfermeiros assumem uma responsabilidade reforçada, estes têm que prestar contas sobre o que fazem, como o fazem e porque o fazem, tendo que justificar a sua atuação em termos de custos e resultados.

Nos estudos desenvolvidos por Irvine Doran et al. (1998:59) conduziram-na à apresentação de um modelo *Nursing Role Effectiveness*. Este modelo procura identificar os papéis dos enfermeiros e relaciona estes papéis com os resultados e os custos despendidos com um determinado doente.

O modelo conceptual apresentado baseia-se no modelo da qualidade desenvolvido por Donabedian – que se fundamenta na tríade de indicadores: estrutura – processo – resultado, propostos por este autor para a avaliação da qualidade.

Este modelo propõe uma relação entre os diferentes papéis que os enfermeiros desempenham nos cuidados de saúde ao doente e os resultados dos cuidados de enfermagem. Os componentes estruturais foram definidos por este autor como variáveis dos enfermeiros, doente e organização, influenciando o processo e resultados dos cuidados. Neste componente as variáveis de enfermagem focam-se no nível de experiência, competência, conhecimentos, que podem influenciar a qualidade de enfermagem.

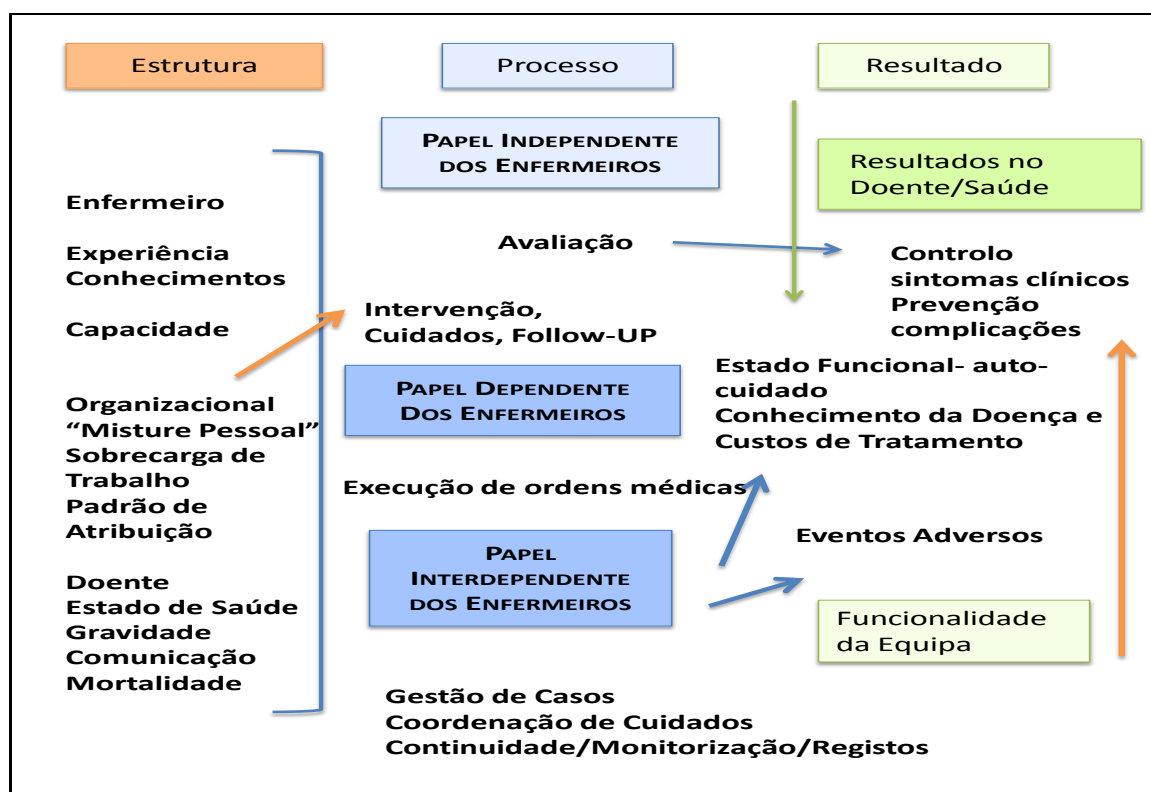
As variáveis dos doentes relacionam-se com a idade, gravidade do problema e comorbilidades que afetam os resultados de saúde e que devem ser considerados na avaliação do impacto das variáveis de enfermagem no resultado dos doentes.

As variáveis de estrutura organizacional ligam-se com os níveis de pessoal, a organização dos cuidados, que se pensa afetarem a qualidade e quantidade dos cuidados. Os componentes de processo relacionam-se com as funções dependentes, independentes e interdependentes dos enfermeiros.

A componente resultado inclui resultados nos doentes, sensíveis aos cuidados de enfermagem, que são definidos por Doran et al. (2001) como um estado geral doente, comportamento ou perceção resultante das intervenções de enfermagem.

Na revisão da literatura efetuada por Irvine et al (1998) foram identificados estudos que procuraram relacionar os resultados de enfermagem e a eficácia das intervenções desta, tendo sido possível identificar resultados sensíveis às três intervenções dos enfermeiros (independente, interdependente e dependente).

Fig. 2 - Modelo da efetividade dos cuidados de enfermagem



Fonte: Adaptado de Irving et al. (1998)

Este modelo poderá futuramente ajudar os gestores a justificar de que modo as intervenções de enfermagem afetam os resultados obtidos pelos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, possibilitando a estes uma centralização na obtenção de resultados mais efetivos, sobretudo na atual estratégia de gestão, que procura eficiência e diminuição de custos dos cuidados de saúde.

### 3.3. Enfermagem de Reabilitação e Gestão de Risco Clínico

A enfermagem de reabilitação para Hoeman (2011:1) é *“uma área de especialização em enfermagem. Visa o diagnóstico e tratamento dos indivíduos e grupos a problemas de saúde potenciais ou reais relativos a alterações da habilidade funcional e estilo de vida”*. Segundo a mesma autora os princípios e práticas da enfermagem de reabilitação são aplicáveis a todos os níveis de intervenção, essenciais para cuidados de qualidade em todos os sectores da saúde.

As primeiras especialistas em enfermagem de reabilitação, formadas nos EUA, em 1963-1964, foram as responsáveis pelo início do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação em Portugal em 1965. Este curso que foi inovador no conceito de cuidar, dirigia-se a todos os grupos etários e a ação do cuidar iniciada na fase aguda prolongava-se pela fase de

tratamento em ambulatório na comunidade. Os conteúdos programáticos abordados, dirigidos a todo o cliente, visavam reduzir as complicações e desenvolver ao mesmo tempo todo o potencial remanescente (OE-Padrões Qualidade Enfermagem Reabilitação, 2011:2).

Sabendo-se uma área de intervenção reconhecida na disciplina de Enfermagem, dando respostas às necessidades concretas das populações e às novas exigências em cuidados, esta área de especialização contribui fortemente para ganhos em saúde. Por este facto a monitorização destes ganhos, bem como a definição de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, tornou-se uma prioridade para o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, tendo em 2011, elaborado um documento, para este efeito, denominado Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Segundo este documento a enfermagem de reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo vital. Visa o diagnóstico, a prevenção precoce, a promoção da qualidade de vida, o aumento e maximização da funcionalidade, o auto-cuidado e a prevenção de complicações, evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas. (OE-PQER, 2011:3).

Os cuidados prestados às pessoas requerem segurança. E isto inclui a informação sobre os riscos e a redução do risco, numa prática de cuidados específica, como seja a da enfermagem de reabilitação.

Segundo Nunes (2006:11) o objetivo da gestão do risco enquanto processo “*que identifica, analisa e trata potenciais perigos num contexto de prática circunscrita*”, é identificar e eliminar riscos potenciais antes que alguém seja ferido ou lesado e desenvolver e avaliar políticas e procedimentos que definam *guidelines* na instituição e para a prática direta.

Quanto à temática do risco clínico e segurança dos doentes com incapacidade, convém definir alguns conceitos, relativos ao tema. A Direção Geral de Saúde (DGS, 2011:17) descreve o Risco “*como a probabilidade de ocorrência de um incidente*”.

Relativamente ao risco e segurança para os doentes com incapacidade, os acidentes são inevitáveis e a sua probabilidade de ocorrência aumenta em instituições que apresentem processos complexos de cuidados de muitas áreas interdisciplinares e este conceito enquadra-se na disciplina da enfermagem de reabilitação (Hoeman, 2011:170)

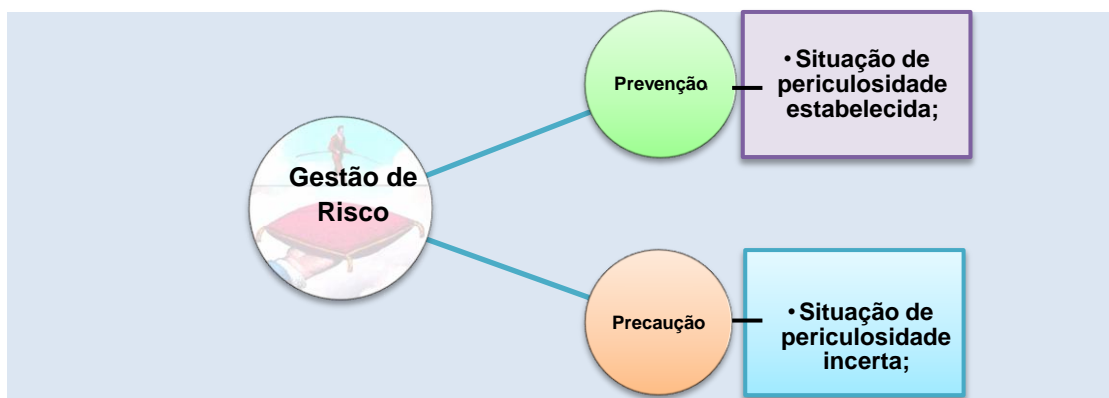
A prestação de cuidados de saúde é uma área de alto risco, porque os eventos adversos motivados pelo tratamento e não da doença, podem levar à morte, a danos graves, a complicações e sofrimento dos doentes.

Este risco é acrescido na prestação de cuidados de reabilitação, porque se trata de uma população mais fragilizada, com limitações e incapacidades de natureza funcional e cognitiva. Daí a necessidade dos eventos adversos serem prevenidos, detetados ou limitados, de forma a evitar erros graves e se mantenha uma prática segura.

O risco clínico, segundo Fragata (2009) *“corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade de prestação de cuidados de saúde, mediante a identificação prospectiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela atuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. Esta tem como duplo objetivo limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo) e minimizar os danos que provocam (recuperando)”*.

A gestão de risco compreende então dois elementos: a prevenção e a precaução. A primeira refere-se à gestão do risco e a segunda à gestão de informação sobre a potencialidade do risco.

Fig. 3 – Gestão de risco



Fonte: Adaptado de Vitorino, M. (2009)

Segundo Duarte (2011) referindo-se a Machado (2004) também os *“programas de gestão de risco clínico implicam: a identificação de acontecimentos passíveis de gerar perdas e das áreas clínicas com mais possibilidades de apresentar riscos; estabelecer os riscos a analisar e a responder prioritariamente; e a determinação dos fatores geradores de risco, a implementação de medidas preventivas efetivas e a monitorização contínua das atividades em questão”*.

O objetivo final da Gestão de Risco Clínico segundo Fragata (2005) é monitorizar e analisar tais casos para compreender em que condições aconteceram e redesenhar processos ou desenvolver estratégias de melhoria para reduzir ou eliminar a probabilidade de voltarem a acontecer no futuro.

Segundo estudos realizados por Deloitte citado por Fragata (2005), os programas de gestão de risco clínico promovem uma redução significativa de erros médicos ou dos eventos adversos e melhoram os resultados para os doentes, o que constitui a principal missão dos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente dos enfermeiros.

### **3.4.Eventos Adversos em Contexto Hospitalar**

Como mencionado os eventos adversos ocorrem frequentemente em contexto hospitalar, pois a área da saúde é uma área de alto risco.

Entende-se por evento adverso como *“uma consequência negativa da prestação de cuidados de saúde, que resulta num dano não intencional ou doença que poderia ou não ter sido evitada”* e em cujo impacto se refletiu num prolongamento do período de internamento ou que resultou em incapacidade temporária, permanente ou morte. (DGS, 2011:24)

Também evento adverso é definido por Carneiro (2010:5) como *“uma lesão provocada num doente devido à intervenção médica em si”*.

O estudo canadiano *“Canadian Adverse Events Study”*, desenvolvido por Baker (2004) sobre a incidência de eventos adversos em doentes internados nos hospitais canadianos, citado pela OE (2006:7), relançou esta problemática, tendo encontrado uma taxa de incidência de 7,5% para os eventos adversos. Estes tais como quedas, erros de medicação, infeção e cirurgias inadequadas, foram documentados como sendo fatores que aumentavam a morbilidade e mortalidade dos doentes.

Ksouri et al (2010: 135) numa revisão dos processos hospitalares entre 1990 e 2009 revelaram que os eventos adversos, são provocados pela gestão médica e não pela doença de base dos doentes, ocorriam entre 2,9 e 16,6 % dos doentes hospitalizados. Além disso estudos retrospectivos efetuados determinaram que 20 a 57% dos eventos adversos eram potencialmente preventivos. Este mesmo estudo determinou que 90% das mortes pareciam resultar de falhas no sistema de cuidados ou procedimentos e não de negligência dos cuidadores.

Segundo Paulo (2006:313), estudos realizados no Reino Unido apuraram valores na ordem dos 2000 milhões de libras associados ao internamento adicional, e cerca de 400 milhões resultantes de queixas e indemnizações como consequência de eventos adversos. Nestes estudos há ainda a considerar valores perdidos devido a inatividade, incapacidade, despesas médicas e ainda custos resultantes da perda da satisfação e confiança entre o cidadão e as instituições prestadoras de cuidados.

Em 2011 Mansoa et al. realizaram um estudo que procurou conhecer a dimensão dos eventos adversos, decorrentes da prestação dos cuidados de saúde nos hospitais públicos, constituindo estes 2,5% dos episódios de internamento hospitalar, surgindo na sua maioria como diagnósticos secundários de internamento.

Foram realizados vários estudos relativos a incidência de eventos adversos (apresentados na tabela 1)

**Tabela 1 - Estudos de eventos adversos**

Local do Estudo	ARTIGOS	INCIDÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS (%)	EVENTOS ADVERSOS EVITÁVEIS (%)
Califórnia, 1974 <sup>a</sup>	<u>Estudo de viabilidade de seguro médico</u>	4,7	3,0
Nova Iorque, 1984 <sup>b</sup>	<u>Incidência de eventos adversos e negligência em pacientes hospitalizados. Resultados do Estudo sobre Prática Médica de Harvard I (Harvard Medical Practice Study I)</u>	3,7	27,6
Utah, 1992 <sup>b,c</sup>	<u>Incidência e tipos de eventos adversos e cuidado negligente nos estados de Utah e Colorado</u>	2,9	32,6
Colorado, 1992 <sup>b,c</sup>	<u>Incidência e tipos de eventos adversos e cuidado negligente nos estados de Utah e Colorado</u>	2,9	27,4
Austrália, 1992	<u>O estudo sobre Qualidade no Cuidado de Saúde na Australia</u>	16,6	51,2
Nova Zelândia, 1998	<u>Lesões evitáveis intra-hospitalares sob o sistema de indenizações “sem culpa” na Nova Zelândia</u> <u>Eventos adversos em hospitais públicos da Nova Zelândia I: ocorrência e impacto</u> <u>Eventos adversos em hospitais públicos da Nova Zelândia II: evitabilidade e contexto clínico</u>	11,3	37,1
Inglaterra, 1999-2000	<u>Eventos adversos em hospitais britânicos: revisão retrospectiva de prontuários preliminar</u>	10,8	48,0
Canadá, 2000	<u>Estudo sobre Eventos Adversos no Canadá: a incidência de eventos adversos em pacientes internados em hospitais canadenses</u>	7,5	36,9
Dinamarca, 2001	<u>Incidência de eventos adversos em hospitais: um estudo retrospectivo de prontuários médicos</u>	9,0	40,4
França, 2002	<u>Comparação de três métodos usados para estimar as taxas de eventos adversos e de eventos adversos evitáveis em hospitais dedicados ao cuidado de pacientes agudos</u>	14,5	27,7
Brasil, 2003	<u>Avaliação de eventos adversos em hospitais no Brasil</u>	7,6	66,7
Suécia, 2003-2004	<u>Incidência de eventos adversos em hospitais suecos: um estudo baseado na revisão retrospectiva de prontuários médicos</u>	12,3	70,0
Espanha, 2005	<u>Incidência de eventos adversos relacionados ao cuidado de saúde: resultados do Estudo Nacional Espanhol de Eventos Adversos</u>	9,3	42,8

<u>(ENEAS)</u>			
Tunísia, 2005	<u>Eventos adversos em um hospital da Tunísia: resultados de um estudo de coorte retrospectivo</u>	<b>10,0</b>	<b>60,0</b>
Holanda, 2005-2006	<u>Eventos adversos e óbitos potencialmente evitáveis em hospitais holandeses: resultados de um estudo retrospectivo baseado na revisão de prontuários de pacientes</u>	<b>5,7</b>	<b>39,6</b>
Portugal, 2009	<u>Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade.</u>	<b>11,1</b>	<b>53,2</b>

Fonte: Proqualis.net

A realidade em Portugal foi evidenciada no estudo efetuado por Sousa Uva et al (2011) sobre eventos adversos nos hospitais portugueses. Este estudo caracterizou a frequência, natureza, impacto e grau de evitabilidade dos eventos adversos em contexto hospitalar. A amostra populacional do estudo (total notas alta 2009) dos 3 hospitais participantes referem-se a 1669 processos clínicos (de um total de 47.783).

No estudo concluíram relativamente à incidência de EA que esta era de 11,1%, o que estatisticamente se enquadra nos valores identificados a nível internacional.

Em relação ao impacto a maioria (61%) dos casos não causou dano ou lesão (ou foi mínimo). Cerca de 5,7% resultou em dano ou lesão permanente. Em cerca de 10,8% resultou em óbito 58,7% (109/186) dos EA resultaram em prolongamento do período de internamento. Em média esse prolongamento foi de 10,7 dias.

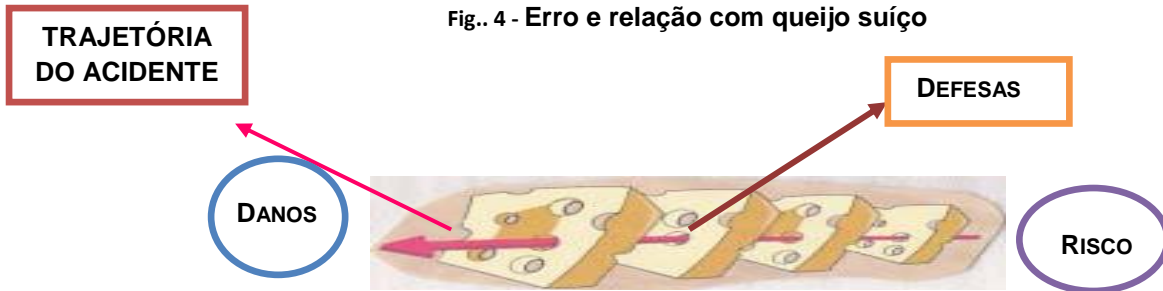
Em relação ao serviço, 48,3% dos casos o serviço onde ocorreu o EA foi o serviço de medicina (e especialidades médicas). Relativamente ao impacto económico, cada dia de internamento teve um custo unitário total (ano 2006) de 403,31 €, inferindo para a população foi de 1.290.310 €. Acrescendo ainda os custos indiretos (não produtividade do próprio e/ou familiares, etc..) Estes eventos estavam relacionados maioritariamente com a cirurgia, quedas, úlceras e infeções associadas aos cuidados de saúde. Segundo o estudo cerca de 52,3% destes eventos eram preveníveis.

### **3.5.Fatores de Risco e Prevenção de Eventos Adversos Em Enfermagem**

A prevenção de eventos adversos e das complicações é uma das responsabilidades da enfermagem. A prevenção das complicações tem sido relacionada com a qualidade dos cuidados prestados. A comissão europeia (2008:2) citando a OMS sobre a segurança dos doentes refere que esta consiste em “*não expor a perigos reais ou potenciais no decurso da prestação de cuidados de saúde*”. Consciente que todas as intervenções de enfermagem junto

do doente envolvem a possibilidade de erro e um certo risco à sua segurança, daí a necessidade de prevenção e de precaução.

Para que ocorra o erro/acidente, existe uma trajetória de erro, que necessita do alinhamento de uma série de buracos, sejam eles comportamentos inseguros, falhas naturais, negligência ou quebra nas defesas para que o acidente ocorra (Reason, 2006, cit., por Vitorino).



Fonte: Queijo Suíço (Adaptado de Sousa, 2006)

Igualmente na prática da enfermagem de reabilitação os atuais sistemas de cuidados de reabilitação predispõem ao risco e conseqüentemente à ocorrência de eventos adversos. Segundo a OMS (2001), citado por Homean (2011:170), existe uma predisposição que leva os profissionais a falharem, independentemente do seu nível de dedicação ou do esforço desenvolvido. Foram identificados alguns fatores (apresentados na Tabela 5), que colocam em causa a segurança do doente relacionados com os cuidados de reabilitação e como os enfermeiros podem promover um ambiente de segurança para as populações de doentes abrangidos, reduzindo a incidência e a gravidade dos eventos adversos.

**Tabela 2 - Fatores relacionados com a segurança do doente na enfermagem de reabilitação**

FATORES RELACIONADOS COM A SEGURANÇA DO DOENTE NA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
○ Os processos são demasiado complexos, existindo várias etapas e uma sincronização de cuidados.
○ As enfermeiras de reabilitação cuidam de uma população vulnerável. Os doentes são admitidos com problemas diversos e têm muitas vezes comorbilidades associadas.
○ Os objetivos da segurança na reabilitação são sacrificados a favor de objetivos relacionados com a produtividade/eficiência e a contenção de custos.
○ A duração do internamento dos doentes de reabilitação. (prolongada).
○ O trabalho em equipa. Não existe muitas vezes articulação na equipa multidisciplinar.
○ A relação direta entre as intervenções da enfermagem de reabilitação e os resultados esperados está longe de ser precisa, o que torna difícil a antecipar riscos, ou evitar os eventos adversos em doentes vulneráveis.

Fonte: Adaptado de Hoemen (2011:170)

Segundo o documento dos padrões de Qualidade em Enfermagem de Reabilitação elaborado pela OE (2011:9) o enfermeiro especialista em reabilitação deve “ *na procura permanente da excelência no exercício profissional, prevenir complicações para a saúde dos clientes*”.

Segundo o Regulamento das Competências comuns dos Enfermeiros Especialistas (OE, 2010), artigo 6º, os Enfermeiros Especialistas, desempenham competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente, desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebendo e gerindo programas de melhoria contínua da qualidade, criando e mantendo um ambiente seguro.

Como é sabido em meio hospitalar e em unidades de internamento, o risco de ocorrência de eventos adversos é uma realidade, tendo levado os enfermeiros a desenvolverem estratégias de promoção da segurança do doente hospitalizado. Entre os eventos adversos mais frequentes nos hospitais, salientam-se: as quedas, a aspiração, as úlceras por pressão, a infeção associada aos cuidados de saúde, a rigidez articular, entre outros. Estes tipos de eventos representam um aumento do tempo de internamento e de dependência da pessoa, com conseqüente agravamento dos custos económicos e sociais, são por isso indicadores da qualidade dos cuidados prestados.

Como os enfermeiros são atualmente confrontados com a necessidade de encontrar formas de demonstrar que os cuidados que fornecem conduzem a melhores resultados para os doentes, logo esta é uma problemática transversal na área da gestão.

Já Florence Nightingale defendia a segurança dos cuidados. Durante a guerra da Crimeia conduziu um dos primeiros estudos sobre os fatores que influenciavam os resultados relativos aos cuidados prestados.

Assim, com este trabalho pretendemos identificar como as intervenções autónomas de enfermagem de reabilitação evitam a ocorrência de eventos adversos.

A segurança do doente, a efetividade dos cuidados e os resultados obtidos pelos doentes têm vindo a tornar-se o centro da preocupação de quem cuida e de quem tem por missão gerir os recursos de saúde.

Esta preocupação aliada ao aumento das expectativas dos cidadãos e a outros fatores como acesso a recursos financeiros e humanos cada vez mais limitados, políticas de gestão centradas no financiamento e controlo de custos, torna emergente a determinação das

intervenções necessárias, que possam originar maiores ganhos em eficiência e em saúde dos cidadãos, associados aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros de reabilitação. Estas políticas devem ser orientadas pela equidade no acesso aos cuidados de saúde, no respeito pela dignidade humana e segurança dos cuidados de saúde.

Dos eventos adversos podem resultar consequências negativas para o doente. A *Agency for Healthcare Research and Quality* (2003), citada por Vitorino (2009), classifica os erros em quatro categorias: erros de diagnóstico, erros de tratamento, erros de cuidados preventivos e erros envolvendo falhas (comunicação, equipamentos, e do sistema de cuidados de saúde).

Os fatores de risco agrupam-se em quatro categorias relacionadas com as causas da lesão e que podem contribuir para a possibilidade de ocorrência de eventos adversos.

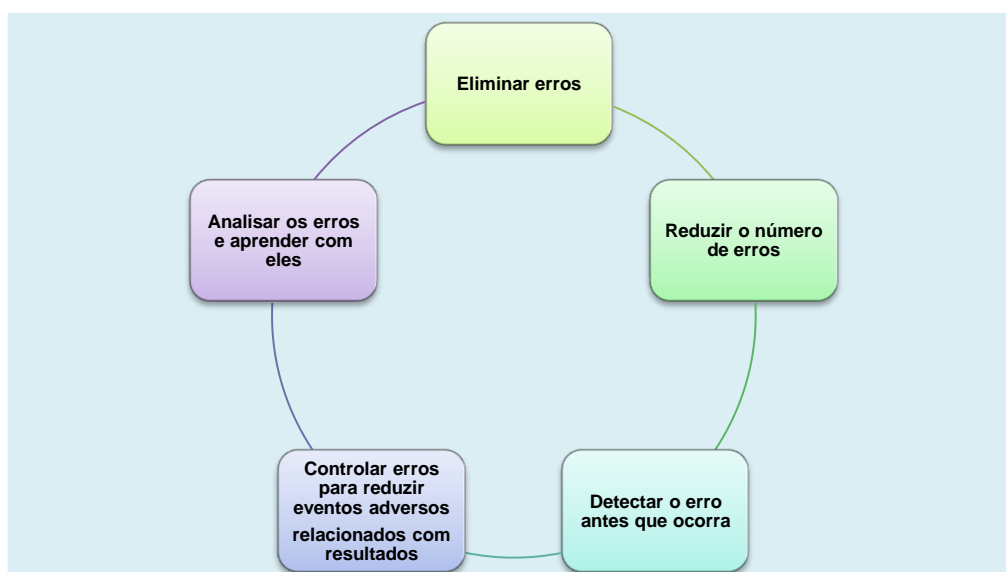
**Tabela 3 - Fatores de risco**

FATORES DE RISCO	
<b>Doente</b>	Físicos, Mentais, Comportamentais: Idade, Sexo, as comorbilidades;
<b>Situacionais</b>	Características dos prestadores de cuidados (anos de experiência; familiaridade com o doente; interações clínicas).
<b>Ações Inseguras Não Intencionais por parte dos Prestadores de Cuidados</b>	Excesso de Trabalho; Desvio do protocolo;
<b>Organizacional</b>	Suporte administrativo; Estrutura organizacional; Tecnologia inadequada; Alocação de recursos; Sistema de Informação e Comunicação;

Fonte: Adaptado de Hoeman (2011:172)

Desta forma que abordagens Proactivas se devem desenvolver para promover a Segurança dos Doentes em Reabilitação. Na sua prática profissional a enfermeira de reabilitação desenvolve atividades, de que podem advir processos de alto risco, que resultando em erros ou eventos adversos. No entanto esta na sua prática deve atender a cinco abordagens proactivas segundo Reason, (2006):

Fig. 5 - Abordagem proactivas na gestão de risco



Fonte: Hoeman (2011:173)

A disciplina de enfermagem de reabilitação é interdisciplinar e complexa, neste sentido para garantir a segurança do doente, exige uma complementaridade de todos os intervenientes e das variadas disciplinas envolvidas, para redefinir os processos de cuidados de reabilitação mais susceptíveis de conduzir à ocorrência de eventos adversos negativos para o doente.

Sabendo que não existem muitos estudos sobre segurança do doente e a disciplina de enfermagem, particularmente em enfermagem de reabilitação e considerando as necessidades particulares dos doentes na reabilitação, a abordagem do cuidar a estes doentes, parece desempenhar um papel importante na sua segurança.

### 3.6. Indicadores de Qualidade Sensíveis às Intervenções de Enfermagem

Alguns estudos, nomeadamente o de Aiken, Clarke, Sloane & Silver (2003) foram efetuados a nível internacional, sobre o impacto dos rácios de enfermagem e grau de gravidade dos doentes, nos resultados dos doentes e na qualidade dos cuidados de enfermagem. (OE, 2007:27) Todavia estes estudos foram na sua maioria efetuados em hospitais de agudos, de modo que não é claro o impacto causado por estes, na qualidade e segurança dos doentes nas unidades de reabilitação (unidades de doentes crónicos).

A *California Nursing Outcomes Coalition* avaliou os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, o que inclui rácios específicos enfermeiro-doente, modelos de prestação de cuidados de enfermagem e práticas de intervenções de enfermagem. (Hoeman, 2011:157)

O impacto dos resultados das intervenções de enfermagem nos resultados dos doentes, nos EUA encontra-se bem documentado.

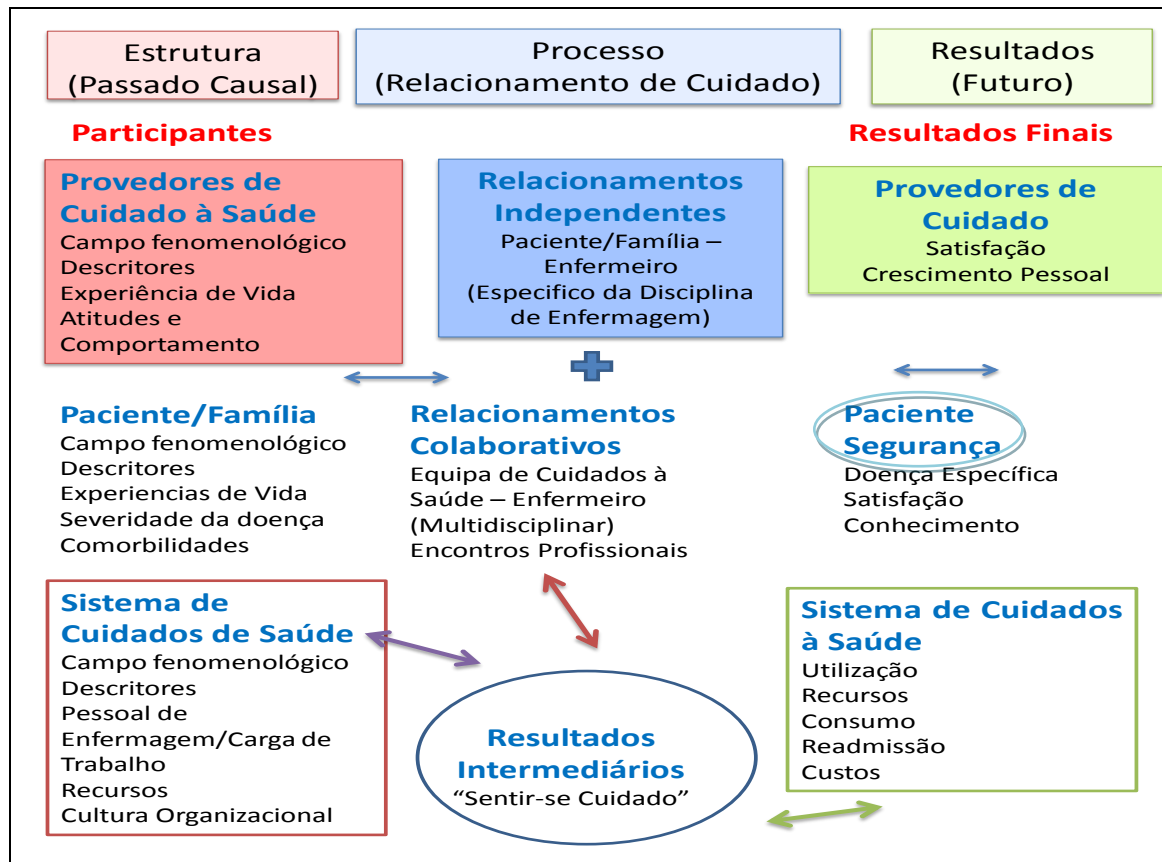
Os indicadores de qualidade foram definidos por muitos investigadores (Needleman Buerhaus, Mattke, Stewart Zelevinsky, 2002), e são indicadores que têm um impacto direto no doente (Hoeman, 2011:157). Estes indicadores incluem as infeções urinárias, as quedas, as hemorragias, a pneumonia, a sépsis, as úlceras de pressão, o tratamento da dor, a certificação/formação da Enfermagem e o número de horas de cuidados de Enfermagem diárias/por doente. Segundo esta autora (2011:157) a *American Nurses Association* (ANA) na sua Base de Dados *National Database of Nursing Quality Indicators* identificou indicadores de qualidade sensíveis à enfermagem. Cada um destes indicadores é aplicável a serviços de reabilitação aguda e subaguda, e podem potenciar mudanças significativas nas áreas fundamentais da enfermagem de reabilitação.

St.-Germain et al. (2008) realizaram um estudo, inspirado no modelo da qualidade do cuidador de Duffy e Hoskins apresentado na figura 7 cujo objetivo era compreender como a abordagem do cuidador, pode contribuir para a segurança do doente em unidades de reabilitação. Esta abordagem de cuidar, segundo este estudo conduz a resultados benéficos para o doente, para os enfermeiros e para a instituição de saúde. Ao nível do doente contribui particularmente para a segurança física, psicológica e psicossocial deste.

O modelo da Qualidade de Cuidado de Duffy e Hoskins foi construído à luz da teoria de Cuidado de Watson e do Modelo de Qualidade de Donabedian: os componentes principais do modelo, estrutura-processo-resultado, foram combinados com os principais conceitos da teoria do cuidado humano e sob os seus conceitos centrais, tem como foco principal os resultados centrados em relacionamentos.

Esta teoria evidencia os resultados dos cuidados de enfermagem centrados nos relacionamentos entre o enfermeiro/doente/família consequentes tanto da sua da intervenção autónoma de enfermagem como da dependente. O modelo permite orientar a prática de enfermagem, produzir evidencia científica proveniente da sua prática e ao mesmo tempo evidenciar o valor desta prática muitas vezes invisível para a sociedade.

Fig. 6 – Modelo da qualidade de cuidado de Duffy e Hoskins



Fonte: Adaptado Venturi (2009)

O enfermeiro especialista em reabilitação na sua prática deve assumir um papel dinamizador na prevenção de eventos adversos sensíveis à intervenção dos enfermeiros, quer na sua prática efetiva atendendo à particularidade e singularidade destes doentes e à abordagem do cuidar. Afinal cuidar é o foco dos cuidados de enfermagem, planeando e implementando intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica e das quais resultem os melhores resultados para os doentes.

A identificação de indicadores sensíveis ao cuidar de enfermagem facilita a definição da qualidade dos cuidados de reabilitação, facultando visibilidade à profissão de Enfermagem.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO EM ENFERMAGEM - O MODELO DE CALLISTA ROY

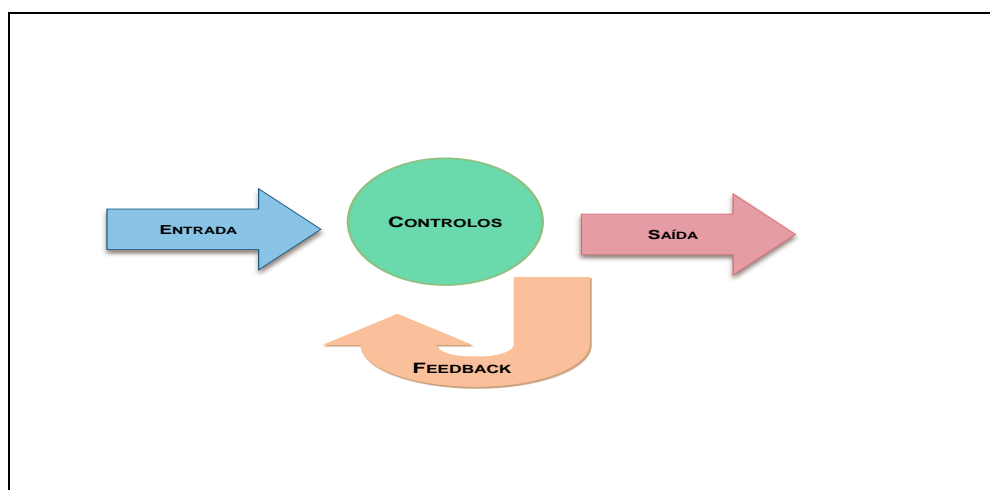
Roy entende a Enfermagem como uma profissão dos cuidados de saúde, que se centra nos processos de vida humana e na sua capacidade de adaptação. A pessoa – indivíduo, família, comunidade, organização, encontra-se exposta a uma série de circunstâncias, condições ou influências que rodeiam e afetam o desenvolvimento da pessoa ou grupo, sendo que é o ambiente em mudança que estimula a pessoa a responder com respostas de adaptação. (Coelho S., Mendes I. 2011:846)

A teoria do modelo de adaptação de Roy (Roy, 2001:18) constitui a base para a compreensão do indivíduo como um sistema, que tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente. O ambiente é considerado em todas as circunstâncias, condições ou influências que rodeiam ou afetam o comportamento da pessoa.

A utilização do termo adaptável é um conceito integral para Roy, significando que o sistema humano possui a capacidade de se ajustar às mudanças do meio ambiente e por sua vez este sistema afeta o meio ambiente.

Roy descreve o doente recetor de cuidados de enfermagem como um sistema holístico adaptável (Roy, 2001:19). Da constante interação das pessoas com o seu meio ambiente resultam mudanças internas e externas. Num ambiente em mudança constante, as pessoas necessitam de manter a sua própria integridade, o que requer uma constante adaptação. A saúde é um reflexo da interação entre a pessoa e o ambiente.

Fig. 7- Representação diagramática de um sistema simples



Fonte: Roy (2001:19)

A pessoa é vista então como um sistema adaptável, que é afetada pelo mundo à sua volta (mundo externo) e no seu interior (mundo interno). Este mundo é chamado no sentido mais amplo de meio ambiente (externo e interno) e na interação da pessoa com o meio ambiente, esta é sujeita continuamente a estímulos, que exigem respostas. As respostas podem ser adaptáveis (se promovem a integridade em termos dos objetivos dos sistemas humanos, como a sobrevivência, a reprodução, o crescimento e a integração da pessoa no meio ambiente) ou ineficazes (senão contribuem em termos dos objetivos dos sistemas humanos). (Roy, 2004:21). Os estímulos podem ser: focais, contextuais e residuais.

Tabela 4 – Tipo de estímulos

ESTIMULO	CARACTERÍSTICAS DO ESTIMULO
<b>Estimulo Focal</b>	Estimulo interno ou externo que confronta imediatamente a pessoa;
<b>Estimulo Contextual</b>	Estímulos constituídos por todos os fatores ambientais, que se apresentam à pessoa, a partir do interior ou do exterior, mas que não são o centro da sua atenção ou da sua energia;
<b>Estimulo Residual</b>	São fatores ambientais dentro e fora da pessoa, cujos efeitos na sua situação atual não são centrais;

Fonte: Roy, (2001:21:22)

O modelo de Roy tem implicações para a prática de enfermagem porque considera a pessoa, família ou comunidade, como centro dos seus cuidados e ao mesmo tempo vê esse centro de cuidados como extensões com o seu ambiente físico, social, considerando as suas crenças, valores e esperanças. (Coelho S., Mendes I. 2011:848)

O modelo permite implementar intervenções que permitem gerir os estímulos. Ao manipular os estímulos e não o doente, a enfermeira melhora a interação do doente com o seu ambiente, promovendo deste modo a saúde. A enfermeira sabe que os diversos estímulos mudam rapidamente. O meio ambiente muda constantemente, assim como muda o significado dos estímulos.

Para responder positivamente às mudanças ambientais Roy identificou quatro respostas adaptáveis: fisiológica, autoconceito, modo de função na vida real e interdependência, que contribuem para a saúde e qualidade de vida.

Nesta última resposta adaptável, ou seja a função de interdependência, insere-se a aquisição de um sentimento de segurança e é neste domínio que podemos fundamentar a problemática em estudo: correlacionar a segurança do doente e as intervenções de enfermagem que permitem gerir os estímulos e evitar a ocorrência de eventos adversos no doente.

## 5. NORMATIVOS PROFISSIONAIS

Na atual conjuntura e de acordo com as instâncias internacionais, como a *Organização Mundial de Saúde (OMS)* e o *Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN)* e nacionais como o *Conselho Nacional da Qualidade* e o *Instituto da Qualidade*, nasceu a necessidade de implementar sistemas de qualidade em saúde. (OE, 2001)

Assim as organizações profissionais de Saúde viram-se na necessidade de gerir esta problemática e assim a OE definiu os padrões de qualidade para a prática de Enfermagem.

Os padrões de qualidade para a prática de Enfermagem de Reabilitação elaborados em 2011, tal como os padrões de qualidades definidas em 2001, pela OE englobam seis categorias de enunciados descritivos que são relativos à satisfação dos clientes, à promoção de saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem. (OE, 2011).

Segundo o documento Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2011:1) a *“excelência da Enfermagem de Reabilitação trás ganhos em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia”*.

O documento elaborado em 2001 refere que a atuação dos enfermeiros se insere num contexto de atuação multiprofissional, distinguindo-se dois tipos de intervenções: as interdependentes (iniciados por outros técnicos de saúde, sendo o enfermeiro responsável pela sua implementação) e as autónomas (iniciadas pelo enfermeiro, sendo da sua responsabilidade a sua prescrição e implementação), pressupõe-se que também as intervenções dos enfermeiros especialistas em reabilitação sejam do mesmo domínio.

A OE (2011) com a implementação dos padrões de qualidade de enfermagem de reabilitação pretende que estes se constituam *“ como um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados e como referencial para a reflexão sobre a prática especializada de enfermagem de reabilitação”*.

A construção dos padrões e indicadores de qualidade basearam-se nos estudos de Denobedian (1990:53) já anteriormente mencionados. Este autor defende o conceito de que a *“qualidade no campo da saúde deve ser entendida como a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos e custos para os clientes”*.

A prática de cuidados dos enfermeiros encontra-se assente na tríade (estrutura, processo, resultado) proposta por Denobedian, sendo que alguns autores (Pereira, 2009:68), consideram fundamental determinar as condições sobre as quais os cuidados de enfermagem são prestados, identificar e monitorizar o que os enfermeiros fazem na sua prática e qual o impacto dos resultados de enfermagem no doente.

Nesta perspetiva é também importante definir o que é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem como *“um estado, comportamento ou perceção variável do cliente ou familiar cuidador informal, que surge em resposta às intervenções de enfermagem”* (Pereira, 2009:71).

Por outro lado a OE (2004) no documento publicado sobre as competências dos enfermeiros dos cuidados gerais, designa, que é do *“âmbito da sua competência e responsabilidade aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas na prática de enfermagem, e no plano da gestão dos cuidados que crie e mantenha um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e gestão do risco, regista e comunica à autoridade competentes preocupações relativas à segurança”*.

Esta preocupação com a segurança do doente levou a OE em 2006 a publicar um documento sobre *“Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente”*, que entre vários pressupostos refere: *“os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam ... controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional e promover a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional”*.

A OE (2006) indicia que a segurança do doente compete quase exclusivamente ao enfermeiro, pelo que defende que *“a vigilância dos enfermeiros protege os doentes de práticas inseguras”*.

No mesmo ano a OE adaptou o lema do ICN intitulado *“Dotações Seguras, Salvam Vidas”*. Segundo este documento *“as dotações seguras refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização. As práticas de dotações seguras incorporam a complexidade das atividades e intensidades de enfermagem; os níveis variáveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros; o desenvolvimento do pessoal de cuidados de saúde; apoio da gestão de saúde aos níveis operacional e executivo; ambiente contextual e tecnológico das instalações; apoio disponível dos serviços; e a prestação de proteção a quem comunique situações anómalas”*.

Face a estes dados podemos considerar que a problemática da segurança do doente e da qualidade dos cuidados é cerne de preocupação para as organizações profissionais como a ICN e a OE.

## **PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO**

## 1. METODOLOGIA

### 1.1. Problema

Ao longo da nossa atividade profissional temos verificado que pelo grau de proximidade na cadeia de cuidados é da responsabilidade dos enfermeiros velar pela segurança do doente hospitalizado. Por este aspeto consideramos que este deve estar desperto para a prevenção da ocorrência de eventos adversos durante o internamento do doente, pois destes podem resultar consequências negativas para o doente. A segurança do doente é fundamental para a qualidade dos cuidados de enfermagem, particularmente a enfermagem de reabilitação, pois cuida de uma população de doentes habitualmente mais fragilizada e com capacidades limitadas e *handicaps*.

Pensamos que a gestão do risco clínico e o cuidado com a segurança do doente por parte dos enfermeiros podem a nível da gestão significar ganhos em saúde e em qualidade, traduzidos mediante indicadores de qualidade sensíveis às intervenções de enfermagem, daí constituírem um assunto de suma importância, na atual conjuntura interessada com a segurança e qualidade das instituições de saúde.

Este pensamento é reforçado pela tomada de posição do ICN (2002:1), que acredita que o aumento da segurança do doente envolve uma série de ações no recrutamento, treino e retenção dos enfermeiros, na melhoria da performance, na segurança ambiental e na gestão de risco.

Na gestão de risco incluem o controlo da infeção, a segurança dos equipamentos, a segurança na prática clínica, ambientes de cuidados seguros, que acumulam e integram os conhecimentos científicos focados na segurança do doente e as infraestruturas que suportam o seu desenvolvimento.

Os enfermeiros asseguram a segurança dos doentes em todos os aspetos do cuidar (ICN, 2002:1), incluem informar os doentes e seus familiares, acerca do risco e redução do risco, advogando para a segurança do doente e reportando os eventos adversos.

Para tentar responder a esta problemática elaboramos a seguinte questão de investigação, que serviu como ponto de partida para o presente estudo.

**Quais são as intervenções autónomas do Cuidar em Enfermagem de Reabilitação, que contribuem para a diminuição dos eventos adversos?**

## 1.2. Tipo de Estudo

Este trabalho é um estudo de natureza quantitativa e descritiva. A investigação quantitativa segundo Fortin (2009:27) caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações. Segundo este método de investigação, os fenómenos humanos são previsíveis e controláveis.

Para Fortin (2009:34) a investigação quantitativa descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar informação. Este tipo de estudo é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto. O estudo descritivo para esta autora tem como principal objetivo definir as características de uma população ou de um fenómeno.

Ribeiro (1999:42) classifica os estudos descritivos como estudos que fornecem informação acerca da população em estudo, podendo ser transversais, longitudinais ou comparativo.

Para colher dados num estudo deste tipo pode recorrer-se à aplicação de um questionário. O questionário é um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, junto de um número de pessoas.

Para Fortin (2009:387) o questionário é um instrumento que possui como principais vantagens a sua natureza impessoal, a uniformidade da apresentação e diretivas, o que assegura a constância de um questionário para outro, e por este fato a sua fidelidade, tornando assim possíveis as comparações entre os respondentes, além de que o anonimato das respostas tranquiliza os participantes.

## 1.3. Objetivos

Assim tem este estudo, como objetivo geral:

### Objetivo geral

- Identificar o contributo dos Enfermeiros de Reabilitação para a diminuição da ocorrência de eventos adversos no doente no âmbito da decisão autónoma do exercício profissional dos Enfermeiros;

Foram delineados os seguintes objetivos específicos:

## Objetivos Específicos

- Identificar os eventos adversos que ocorrem mais frequentemente;
- Identificar eventos adversos, sensíveis às intervenções autónomas em enfermagem de reabilitação na área de imobilidade e respiração;
- Demonstrar que as intervenções de enfermagem de reabilitação, resultantes das decisões dos enfermeiros, produzem uma melhoria nos resultados dos doentes, no âmbito da gestão de risco clínico;

Salientamos que apesar das amplas competências dos enfermeiros de reabilitação em diversos domínios, decidimos incidir o estudo na área da imobilidade e respiração. Considerarmos que estas áreas de intervenção são no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, fundamentais em contexto hospitalar, podendo o enfermeiro demonstrar o seu efetivo contributo na gestão do risco, na prevenção de complicações e comorbilidades associadas aos cuidados de saúde.

Definimos ainda para este trabalho as seguintes variáveis associadas a estas áreas específicas de intervenção do enfermeiro de reabilitação, segundo a importância dos indicadores de resultado:

- Aspiração;
- Compromisso da limpeza das vias aéreas;
- Infecção (Relacionada com reeducação/readaptação funcional respiratória)
- Anquilose e pé equino;
- Quedas;
- Úlceras por pressão;

## 1.4. Amostra

Selecionamos uma amostra acidental ou de conveniência, porque é uma amostragem segundo Fortin (2009:321) *“constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que correspondem a critérios de inclusão precisos ...”* a amostra acidental pode ser reforçada segundo Kerlinger (1973), implantando meios de controlo, tais como a homogeneidade, esta pode ser obtida particularmente pela utilização de critérios de inclusão mais restritos”.

Ribeiro (1999) numa amostra intencional ou não probabilística *“a probabilidade relativa de qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida ...”*

Estima-se que no Centro Hospitalar Lisboa Norte, existam cerca de 50 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, sendo que alguns se encontram na prestação direta de cuidados e outros na gestão de cuidados.

## 1.5. Instrumento de Colheita de Dados

Decidimos utilizar o questionário por ser um método de colheita de dados que tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, apresentando uma enorme flexibilidade no que respeita à forma, à estrutura e aos meios de recolha de informação (Fortin, 2009:380) e é o mais adequado ao estudo.

O nosso questionário (Anexo I) foi elaborado baseando-se num dos questionários, utilizados pelo Prof. Filipe Pereira na sua Tese de Doutoramento sendo pedida a sua autorização, o qual acedeu afirmativamente. (Anexo II) Este documento permitiu a viabilização da produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem e a elaboração do documento RMDE (Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem).

Por resumo mínimo dados de enfermagem considera-se o *“conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde (...) a sua estrutura substantiva, sob o ponto de vista clínico, corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem”* (OE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem, 2007:1).

Recorremos a este documento para definir os diagnósticos no âmbito hospitalar e no internamento de adultos a serem incorporados na construção do questionário. Destes destacamos os seguintes: aspiração, queda, (limpeza das vias aéreas, rigidez articular e úlcera de pressão. Dada a relevância da infeção no contexto dos cuidados de saúde, em termos de custos em internamento, comorbilidades e mortalidade, consideramos pertinente a introdução deste diagnóstico, já que este pode constituir um indicador de qualidade dos serviços. E é com base nestes diagnósticos/indicadores em enfermagem, que podem corresponder também a eventos adversos em contexto hospitalar, que iremos incidir o presente estudo.

Salientamos que tentamos aplicar, embora não de forma quantitativa, os indicadores de risco e de efetividade, e de efetividade na prevenção, definidos também neste documento.

Em Dezembro o questionário foi submetido a uma amostra da população alvo e feito o pré-teste, que permitiu concluir que o questionário era claro, o que determinou a sua aplicabilidade

na prática, sem que tenham ocorrido alterações na sua estrutura. O pré-teste consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo. Fortin (2009:386). Com o objetivo de analisar o pré-teste procedeu-se à sua análise estatística mediante a aplicação do alfa *Cronbach* e do coeficiente de correlação de *Pearson*.

O alfa de *Cronbach* para o total de itens do questionário foi de  $\alpha = 0,958$ , o que traduz uma elevada consistência interna. “Um valor elevado indica uma grande consistência interna” (Fortin, 2009, p. 350). Foi ainda, calculado o alfa de *Cronbach* de cada dimensão do questionário apresentado na Tabela 5, sendo que todas apresentaram uma elevada consistência interna, ou seja, elevada fidedignidade, pois ultrapassaram o mínimo aceitável de  $\alpha = 0.70$ . Seguidamente, aplicou-se a técnica do teste-reteste para estimar a fiabilidade do instrumento de colheita de dados, aos mesmos inquiridos, três semanas após a primeira entrega dos questionários. De acordo com Fortin (2009) e Hill e Hill (2002), recomendam tomar medidas com intervalos de duas a quatro semanas. Posteriormente foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* para comparar as respostas entre o primeiro e o segundo conjunto de valores observados, apresentado na Tabela 6, sendo novamente calculado o alfa de *Cronbach*, pois este deve ser “(...) reavaliado cada vez que uma escala é utilizada” (Fortin, 2009, p. 350).

Tabela 5 - Resultados do alfa de *Cronbach* do pré-teste e reteste

Dimensões	Alfa de <i>Cronbach</i> (Pré-teste)	Alfa de <i>Cronbach</i> (Reteste)
Aspiração	$\alpha = 0.924$	$\alpha = 0.969$
Compromisso da Limpeza das Vias Aéreas	$\alpha = 0.939$	$\alpha = 0.885$
Infeção (Relacionada com Reeducação/Readaptação Funcional Respiratória)	$\alpha = 0.931$	$\alpha = 0.974$
Anquilose e Pé Equino	$\alpha = 0.811$	$\alpha = 0.759$
Quedas	$\alpha = 0.968$	$\alpha = 0.974$
Úlceras Por Pressão	$\alpha = 0.990$	$\alpha = 0.958$

Relativamente à variação do coeficiente de correlação de *Pearson*, na Tabela 6, verificou-se uma variação entre + 0.622 e + 0,982, o que traduz uma ótima fiabilidade, pois apresenta uma correlação moderada a muito alta. Segundo Pestana e Gageiro (2000), entre 0.4 e 0.69 indica correlação moderada, entre 0.7 e 0.89 alta e entre 0.9 e 1 muito alta. Em relação ao alfa de *Cronbach* do segundo conjunto de valores observados, apresentados na Tabela 5, para o total de itens do questionário foi de  $\alpha = 0.959$ . Relativamente a cada dimensão todas apresentaram valores acima do mínimo aceitável de  $\alpha = 0.70$ , o que revela a elevada consistência interna do instrumento de medida (Fortin, 2009).

Tabela 6 - Variação do coeficiente de correlação de Pearson

Dimensões	Variação do coeficiente de Correlação de Pearson
Aspiração	0.663 e 0.958
Compromisso da Limpeza das Vias Aéreas	0.635 e 0.973
Infeção (Relacionada com Reeducação/Readaptação Funcional Respiratória)	0.718 e 0.982
Anquilose e Pé Equino	0.718 e 0.958
Quedas	0.622 e 0.910
Úlceras Por Pressão	0.815 e 0.965

Face a este resultado foi pedida autorização à Direção de Enfermagem, para aplicação do mesmo no Centro-Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria (Anexo III), sendo deferido. (Anexo IV). No dia 15 de Fevereiro os questionários foram distribuídos pelos enfermeiros especialistas em reabilitação dos serviços de internamento do Hospital de Santa Maria, tendo sido recolhidos no final do mês. Durante o mês de Março eram introduzidos os dados dos questionários numa base de dados construída para o efeito em SPSS, versão 20. Na análise de dados utilizou-se a estatística descritiva e as medidas de tendência central.

Decidimos aplicar o questionário a Enfermeiros Especialistas em Reabilitação dos serviços de internamento, do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, EP, tendo deste modo definido os nossos critérios de inclusão do estudo, que são: Enfermeiros de Reabilitação pertencentes as serviços de internamento de adultos, podendo ter um desempenho profissional na área da prestação e/ou gestão.

## 2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No gráfico 1 verificou-se que a maioria de amostra é do sexo feminino, com uma frequência de 24, num universo populacional de 30. Relativamente à análise estatística a moda foi 1, ou seja do sexo feminino.

Gráfico 1 – Distribuição segundo o sexo

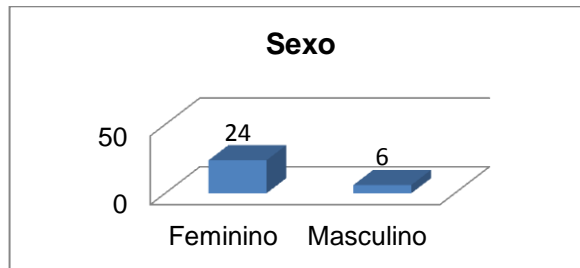
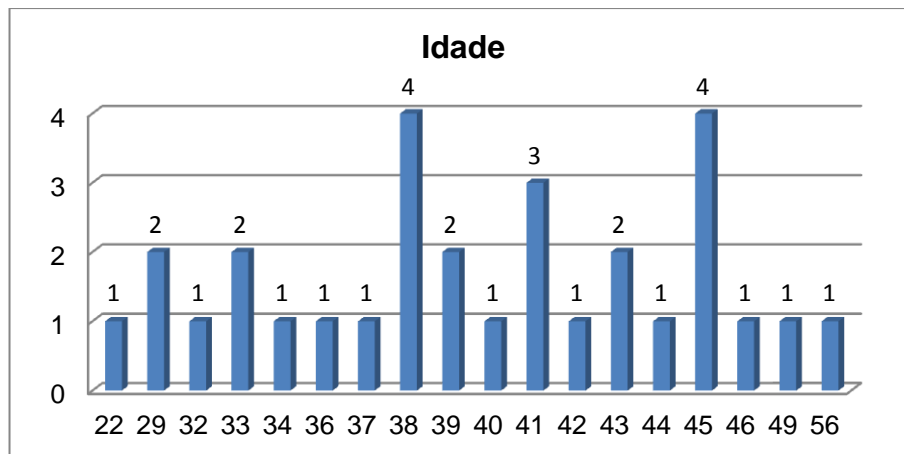
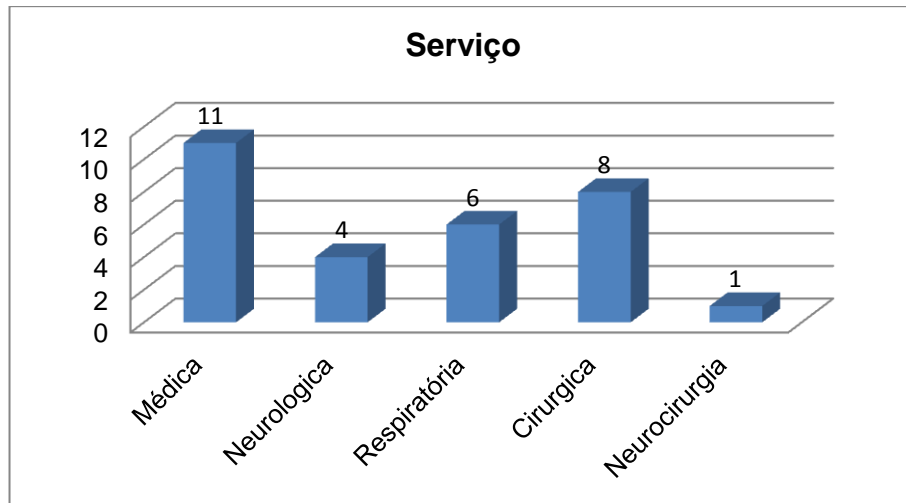


Gráfico 2 – Distribuição segundo a idade



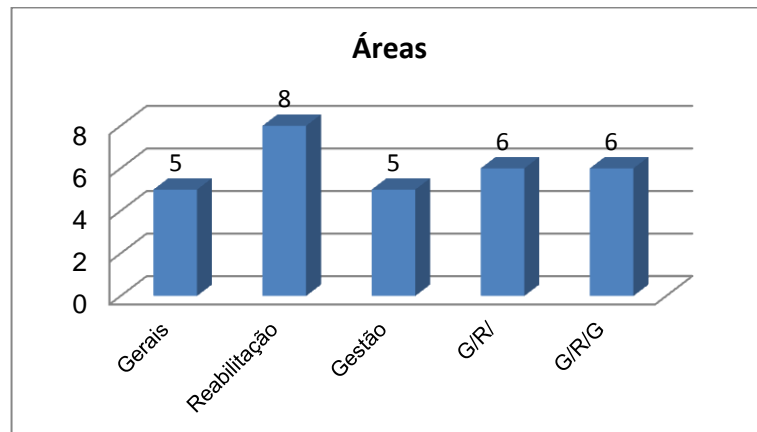
No gráfico 2 verifica-se a distribuição relativamente à idade, verificando que esta é muito heterogénea, variando entre os 22 anos e os 56 anos. Os 39 anos constituem a Média e a Moda mais baixa é de 38 Anos.

Gráfico 3 – Distribuição segundo o serviço



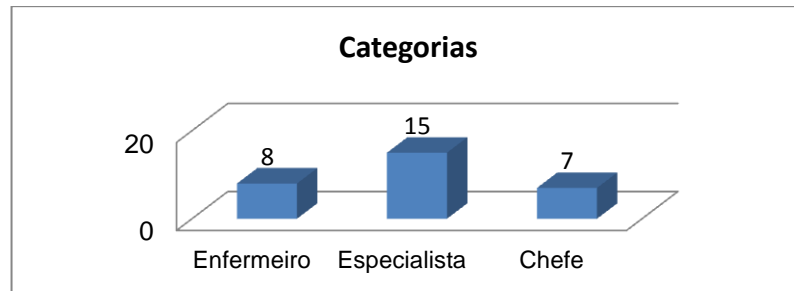
O Gráfico 3 dá-nos a distribuição segundo o serviço. Verifica-se que a maioria da amostra exerce funções no serviço de medicina. A Moda foi de 1 ou seja o serviço de Medicina.

Gráfico 4 – Distribuição segundo áreas de cuidados



No gráfico 4 verificamos que a maioria da amostra exerce cuidados na área de reabilitação com uma frequência de 8. A Média da amostra analisada é de 2,4 – cuidados de reabilitação, e a Moda mais baixa foi de 1 – cuidados gerais e gestão. Estes dados devem-se ao facto de existirem enfermeiros especialistas, que simultaneamente prestam cuidados gerais e especializados e acumulam funções de gestão, nomeadamente, a coordenação de serviço.

Gráfico 5 – Distribuição segundo a categoria profissional



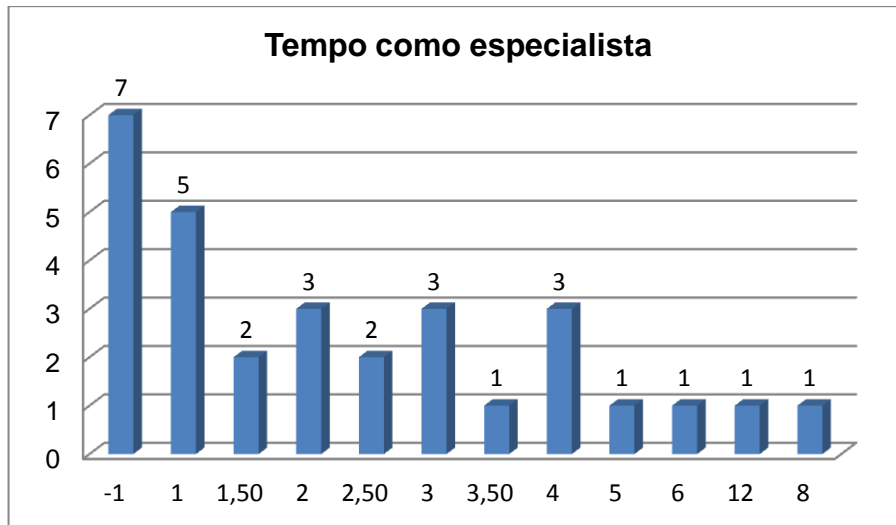
No gráfico 5 verificamos que a maioria da amostra tem a categoria profissional de enfermeiro especialista, com uma frequência de 15. A Moda foi 2 – correspondente ao enfermeiro especialista. Existem na amostra enfermeiros que apesar de possuírem o título académico de especialista, não possuem a categoria profissional de enfermeiro especialista cerca de 8. E enfermeiros que acumulam a categoria profissional de chefia de enfermagem com o título de enfermeiro especialista.

Gráfico 6 – Distribuição segundo o tempo de atividade profissional



No gráfico 6 verifica-se a distribuição relativamente ao Tempo de exercício profissional, sendo esta distribuição muito heterogénea. A Média é de 17 Anos e Moda de 22 Anos.

Gráfico 7 – Distribuição segundo o tempo como especialista em reabilitação

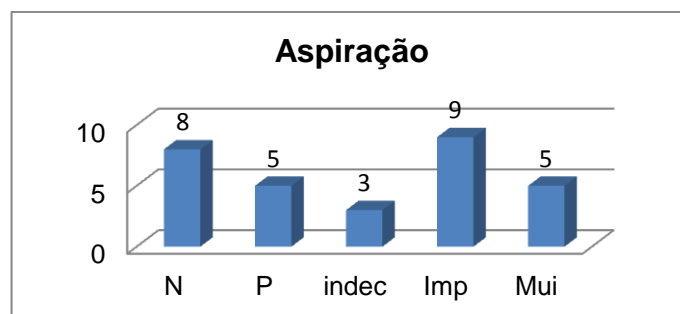


No Gráfico 7 verificamos o Tempo de atividade profissional como especialista em reabilitação. A Média é de 2,5 Anos. A Moda é de -1, ou seja, a maioria da população da amostra exerce a atividade há menos de 1 ano.

De seguida procedemos à análise das variáveis:

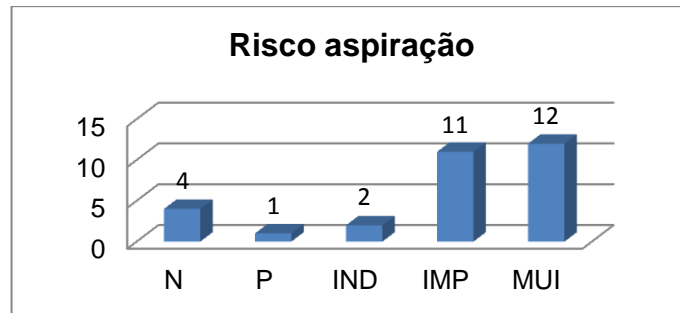
### Variável Aspiração

Gráfico 8 - Distribuição segundo a variável aspiração



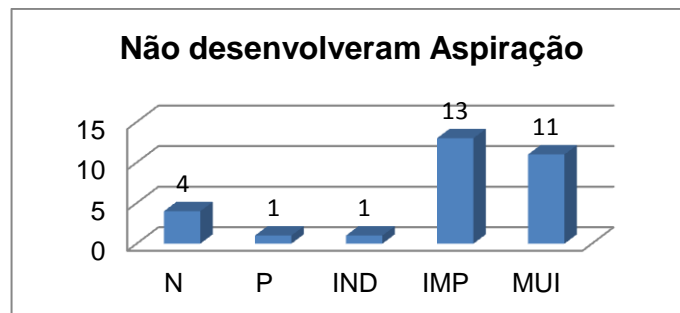
O gráfico 8 dá-nos a classificação da variável **Aspiração** nos serviços dos enfermeiros inquiridos, sendo classificada como Importante por 9 inquiridos. A Média foi de 2,9 (indeciso) e Moda 4 (importante).

Gráfico 9- Distribuição segundo a variável identificação do risco de aspiração



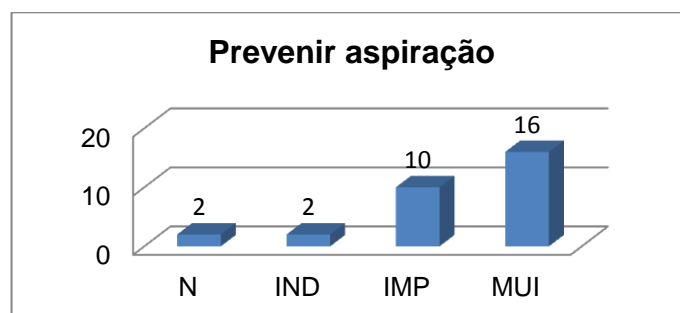
O gráfico 9 dá-nos a distribuição segundo a variável - **Identificação do risco aspiração**. Esta variável foi considerada pela maioria da amostra como Muito Importante. A Média foi 3,8. (Indeciso) Moda é 5 (Muito Importante).

Gráfico 10 – Distribuição segundo a identificação do risco e não desenvolveu aspiração



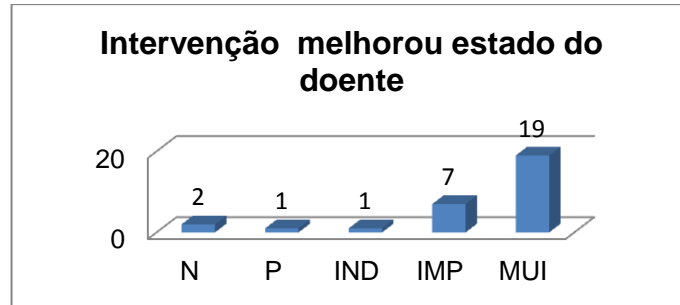
No gráfico 10 verificamos que a variável - **Identificar o risco de aspiração e o não desenvolvimento de aspiração** foi qualificado pela maioria dos inquiridos como Importante, com uma frequência de 13. A Média foi de 3,8 (Indeciso) e a Moda de 4 (Importante).

Gráfico 11 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem prevenir a aspiração



No gráfico 11 verificamos a distribuição da variável - **Intervenção de enfermagem prevenir a aspiração**. Esta intervenção foi classificada pela maioria dos inquiridos como Muito Importante, com uma frequência de 16. A média foi de 4,2 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante).

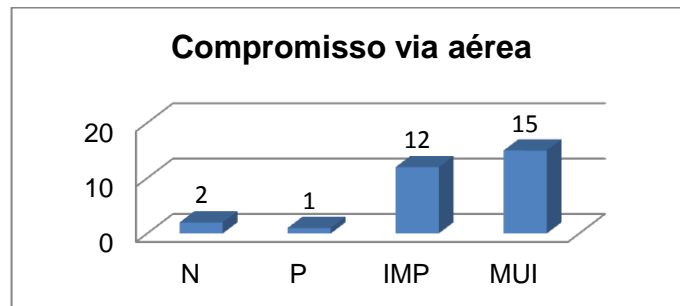
Gráfico 12 – Distribuição segundo a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente



No gráfico 12 constatamos que a distribuição da variável - **Intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente** foi classificada como Muito Importante, com uma frequência de 19. A Média foi de 4,3 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante).

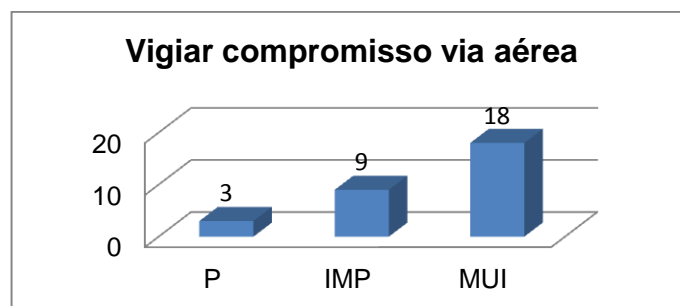
### Variável Compromisso da Limpeza das vias aéreas

Gráfico 13 – Distribuição segundo a variável compromisso de limpeza da via aérea



No gráfico 13 verificamos a distribuição da variável **Compromisso de limpeza das vias aéreas**, que foi classificada pela maioria dos inquiridos como Muito Importante com uma frequência de 15. A Média foi de 4,2 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante).

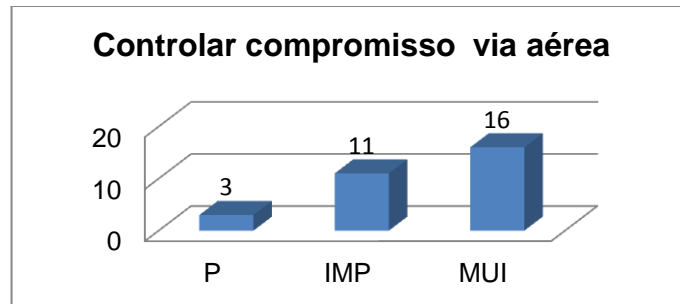
Gráfico 14 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem vigiar compromisso limpeza da via aérea



No gráfico 14 constatamos que a variável - **Intervenção de enfermagem vigiar o compromisso de limpeza das vias aéreas** foi classificado pela maioria dos inquiridos, como Muito

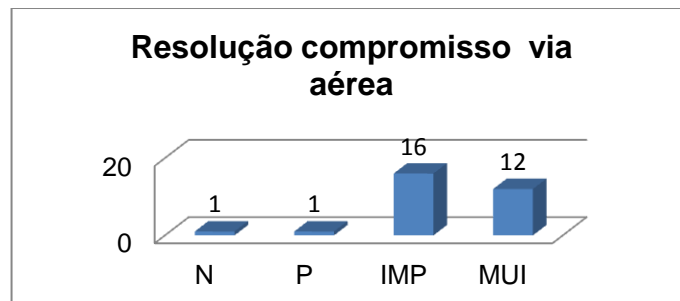
Importante, com uma frequência de 18. A média foi de 4,4 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante);

Gráfico 15 – Distribuição segundo a intervenção de enfermagem controlar o compromisso limpeza da via aérea



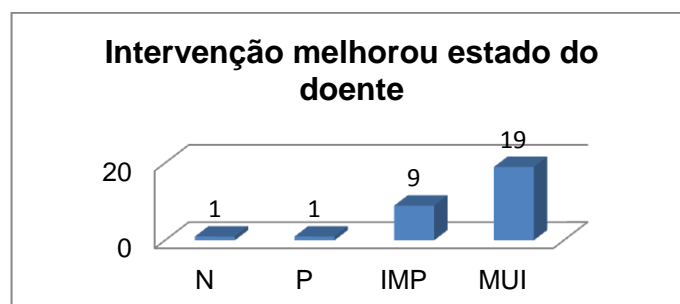
No gráfico 15 verificamos a distribuição da variável - **Intervenção de enfermagem controlar o compromisso de limpeza das vias aéreas**, constatando que foi classificada como Muito Importante pela maioria dos inquiridos, com uma frequência de 16. A média foi de 4,3 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante).

Gráfico 16 – Distribuição da variável segundo a intervenção de enfermagem resolução do compromisso da via aérea



No gráfico 16 verificamos que a variável - **Compromisso de limpeza das vias aéreas foi resolvido**, foi classificado pelos inquiridos como Importante com uma frequência de 16. A Média foi de 4,3 (Importante) e a Moda é de 4 (Importante).

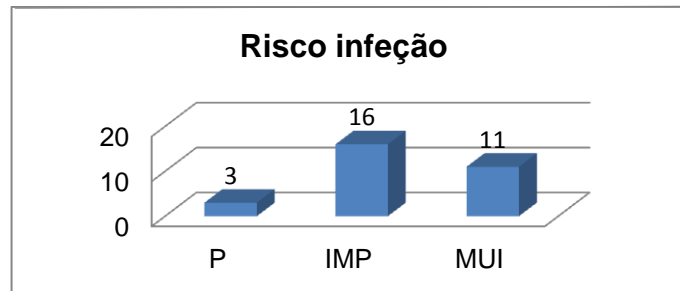
Gráfico 17 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente



Após análise do gráfico 17 verificamos que a variável - **Intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente** foi classificada pelos inquiridos como Muito Importante, com uma frequência de 19. A Média é de 4,4 (Importante) e a Moda é de 5 (Muito Importante).

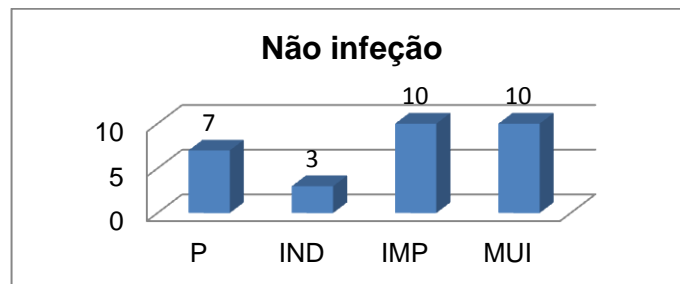
### **Variável Infecção Relacionada com a Reeducação/Readaptação Respiratória**

Gráfico 18 - Distribuição segundo a variável risco de infeção



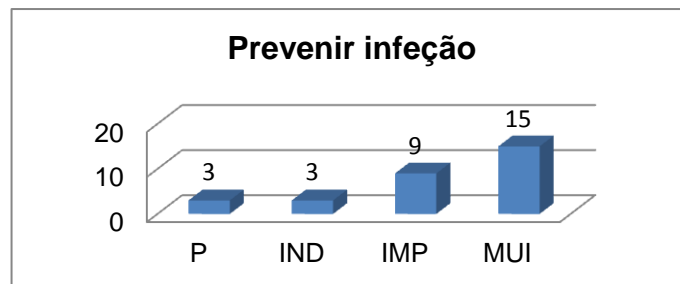
No gráfico 18 verificamos que a variável - **Identificado o risco de infeção** foi classificado como Importante com uma frequência de 16. A média foi de 4,1 (Importante) e a Moda de 4 (Importante).

Gráfico 19 - Distribuição da variável segundo identificação do risco e não desenvolveram infeção



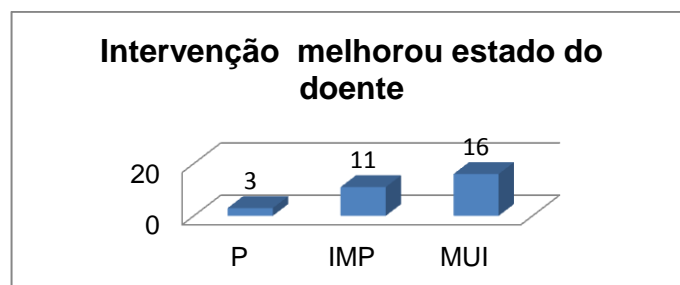
No gráfico 19 verificamos que a variável - **Identificado o risco de infeção e a não ocorrência de infeção** foi classificado como Importante e Muito Importante, com uma frequência de 10 respetivamente. A Média foi de 3,7 (Indeciso) e a Moda mais baixa de 4 (Importante).

Gráfico 20 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem prevenir a infeção



No gráfico 10 verificamos que a variável - **Intervenção de enfermagem prevenir a infeção**, foi classificada como Muito Importante com uma frequência de 15. A Média foi de 4,2 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante).

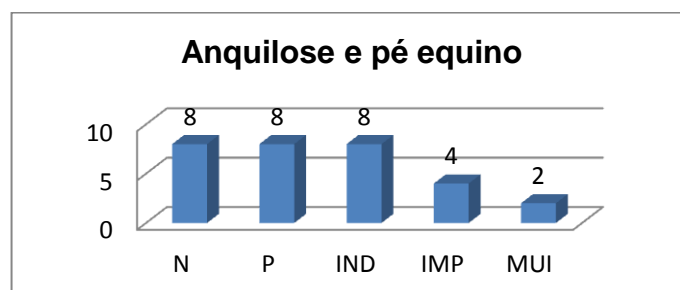
Gráfico 21 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente



No gráfico 21 verificamos que a variável - **Intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente** foi classificada como Muito Importante, com uma frequência de 16. A Média foi de 4,3 (Importante) e a Moda é de 5 (Muito Importante).

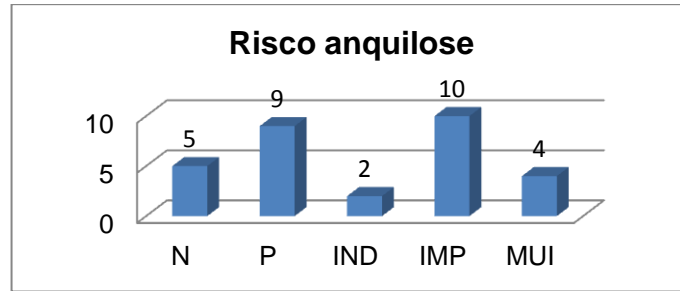
### Variável Anquilose e Pé Equino

Gráfico 22 - Distribuição segundo a variável anquilose e pé equino



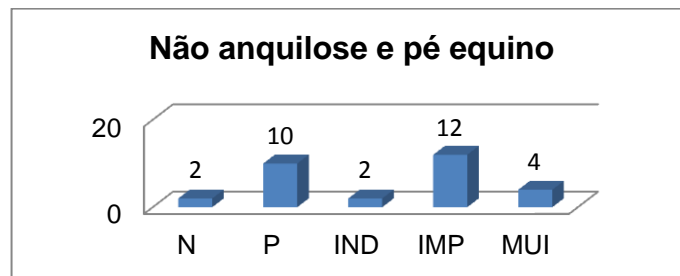
No gráfico 22 verificamos que a variável - **Anquilose/pé equino** foi classificada como Nada Importante, Pouco Importante e Indecisos com uma frequência de 8. A média foi de 2,4 e a moda mais baixa 1, ou seja Nada Importante.

Gráfico 23 - Distribuição segundo a variável risco de anquilose e pé equino



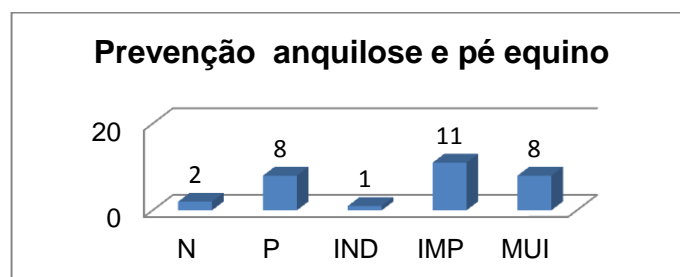
No gráfico 23 verificamos que a variável – **Identificar o risco de anquilose/pé equino** foi classificada como Importante com uma frequência de 10. A Média foi de 2,9 (Pouco Importante) e a Moda de 4 (Importante).

Gráfico 24 - Distribuição da variável segundo identificação do risco e não desenvolveram anquilose e pé equino



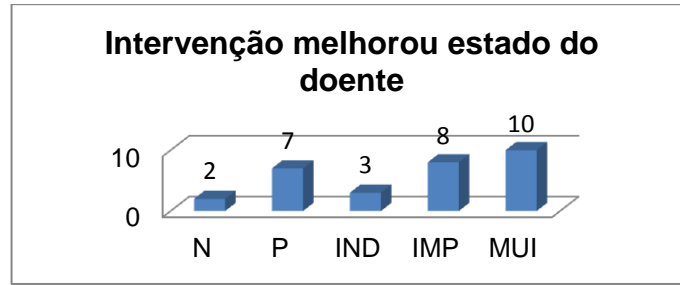
No gráfico 24 analisamos que a variável – **Identificar o risco de anquilose/pé equino e o não desenvolvimento de lesão** foi classificado como Importante com uma frequência de 12. A Média foi de 3,2 (Indeciso) e a Moda de 4 (Importante).

Gráfico 25 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem prevenir a anquilose e pé equino



No gráfico 25 verificamos que a variável - **Intervenção de enfermagem prevenir a lesão relacionada com anquilose/pé equino** foi classificada como Importante com uma frequência de 11. A Média é de 3,5 (Indeciso) e a Moda de 4 (Importante).

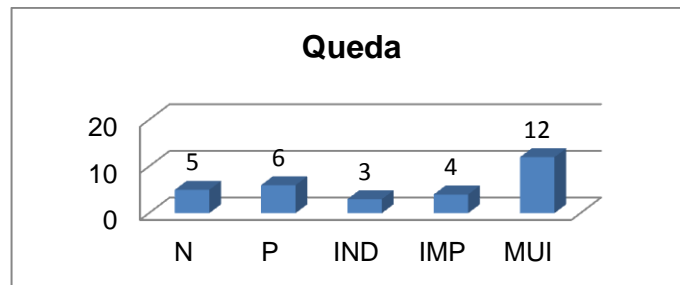
Gráfico 26 -- Distribuição segundo a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente



No gráfico 26 constatamos que a variável - **Intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente** foi classificada como Muito Importante, com uma frequência de 10. A Média foi de 3,5 (Indeciso) e a Moda de 5 (Muito Importante).

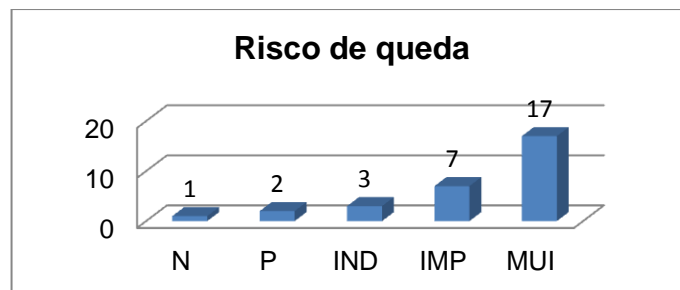
### Variável Queda

Gráfico 27 - Distribuição segundo a variável queda



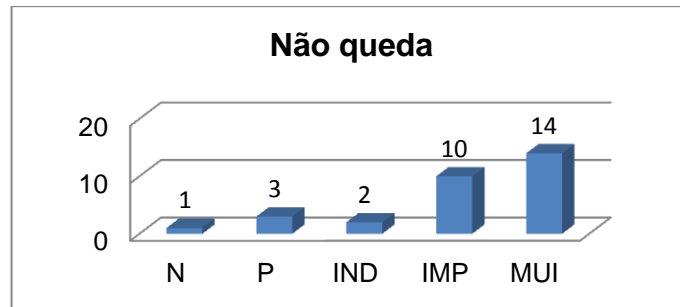
Na análise do gráfico 27 verificamos que esta variável - **Queda**, foi classificada como Muito Importante, com uma frequência de 12. A Média foi de 3,4 (Indeciso) a Moda de 5 (Importante).

Gráfico 28 - Distribuição segundo a variável risco de queda



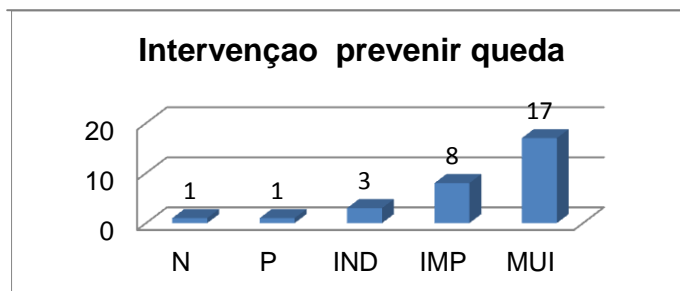
Da análise do gráfico 28 verificamos que esta variável – **Identificar o risco de queda** foi classificada como Muito Importante, com uma frequência de 17. A Média foi de 4,2 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante).

Gráfico 29 - Distribuição da variável segundo identificação do risco e não desenvolveram queda



Ao analisarmos o gráfico 29 constatamos que esta variável - **Identificar o risco de queda e a não ocorrência de queda** foi classificada como Muito Importante, com uma frequência de 14. A média foi de 4,1 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante).

Gráfico 30 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem prevenir a queda



No gráfico 30 verificamos que a variável - **Intervenção de enfermagem prevenir a queda**, foi classificada como Muito Importante com uma frequência de 17. A Média foi de 4,3 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante).

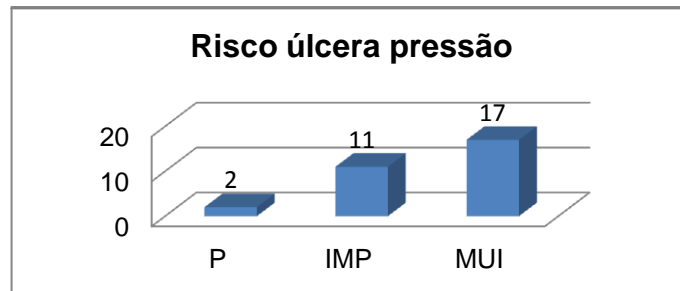
### Variável úlcera por pressão

Gráfico 31 - Distribuição segundo a variável úlcera por pressão



Da análise do gráfico 31 verificamos que a variável - **Úlcera por pressão**, foi classificada pelos inquiridos como Pouco Importante com uma frequência de 12. A Média foi de 3,1 (Indeciso), a Moda de 2 (Pouco Importante).

Gráfico 32 - Distribuição segundo a variável risco de úlcera por pressão



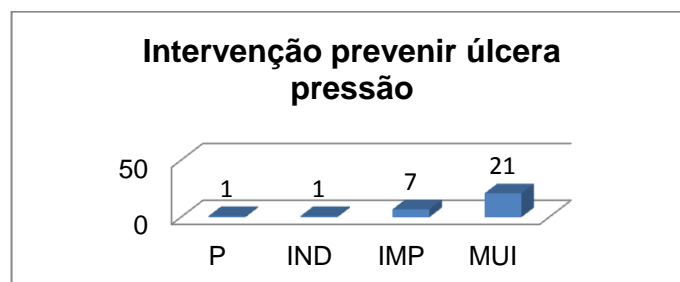
No gráfico 32 verificamos que a variável - **Identificar o risco de úlcera por pressão** foi classificado como Muito Importante, com uma frequência de 17. A Média foi de 4,4 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante).

Gráfico 33 - Distribuição da variável segundo Identificação do risco e não desenvolveram úlcera por pressão



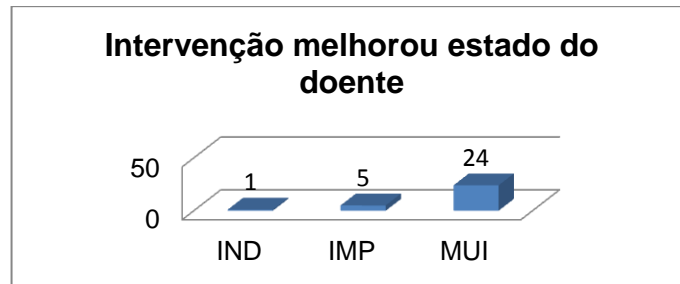
No gráfico aferimos que a variável – Identificar o **Risco de úlcera por pressão e o não desenvolvimento de úlcera por pressão** foi classificada como Muito Importante com uma frequência de 16. A Média foi de 4,3 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante).

Gráfico 34 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem prevenir a úlcera por pressão



No gráfico 34 verificamos que a variável: Intervenção de **Enfermagem prevenir a úlcera por pressão** foi classificada como Muito Importante, com uma frequência de 21. A Média foi de 4,6 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante).

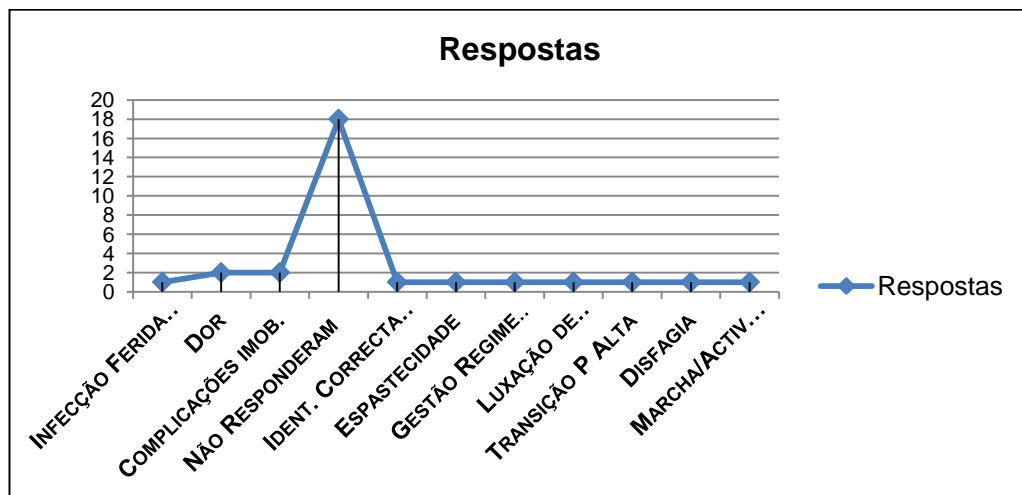
Gráfico 35 - Distribuição segundo a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente



Da análise do Gráfico 35 mostramos que a variável - **Intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente** foi classificada como Muito Importante, com uma frequência de 24. A Média foi de 4,7 (Importante) e a Moda de 5 (Muito Importante);

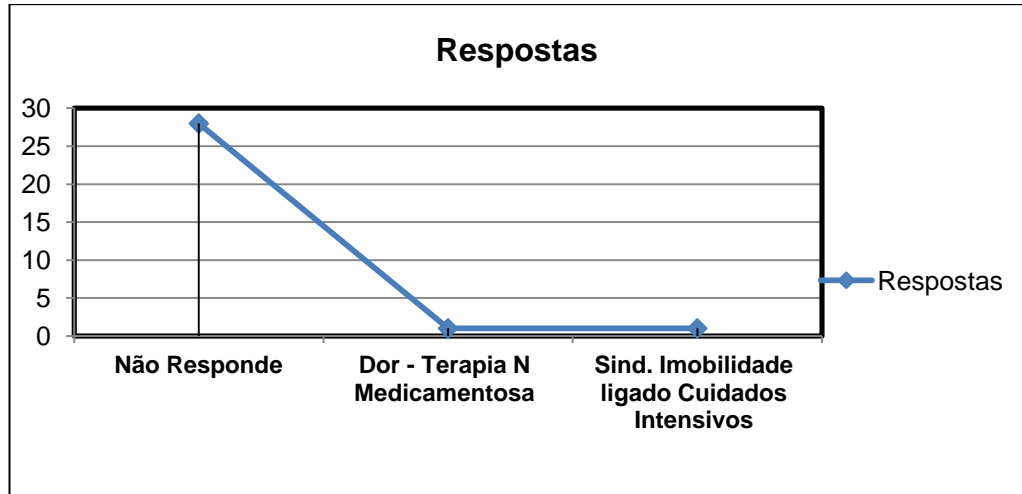
O questionário contemplava duas questões abertas. Constituído pela pergunta: Refira outros indicadores que possam ser relevantes para o seu serviço e que não atrás referidos. Os inquiridos sugeriram os seguintes indicadores expressos no seguinte gráfico.

Gráfico 36 – Respostas relativas à pergunta nº 2 - Refira outros indicadores que possam ser relevantes para o seu serviço e que não foram atrás referidos



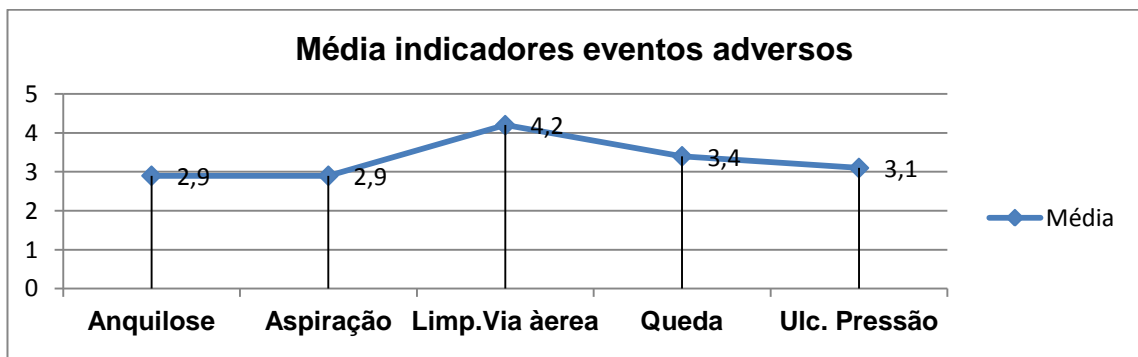
Relativamente à Pergunta. Comentários/Sugestões. As sugestões dos inquiridos encontram-se expressas no seguinte gráfico.

Gráfico 37 - Respostas relativas à pergunta nº 3 - Comentários/Sugestões



Após análise dos dados obtidos podemos constatar que relativamente aos **Indicadores** de resultado que podem arrogar-se como **Eventos adversos**, mais importantes para os enfermeiros que exercem a prática profissional nos serviços de internamento são: Indicador de **compromisso da limpeza das vias aéreas** com uma média de 4,2. A **queda** com uma média de 3,4 e **úlceras por pressão** com 3,1, demonstram que os inquiridos se sentem indecisos na sua qualificação. Verificou-se que os indicadores **aspiração e anquilose e pé equino** com uma média de 2,9 respetivamente são considerados como pouco importantes nos serviços onde os inquiridos exercem a sua atividade profissional. Estes dados obtidos diferem dos dados referidos na literatura, que consideram as quedas e úlceras por pressão como indicadores importantes, em linha com o estudo desenvolvido por Baker (2004), que salienta as úlceras, infeção, quedas, como principais eventos adversos nos hospitais canadianos. Esquematização dos resultados no gráfico 38.

Gráfico 38 – Média indicadores eventos adversos

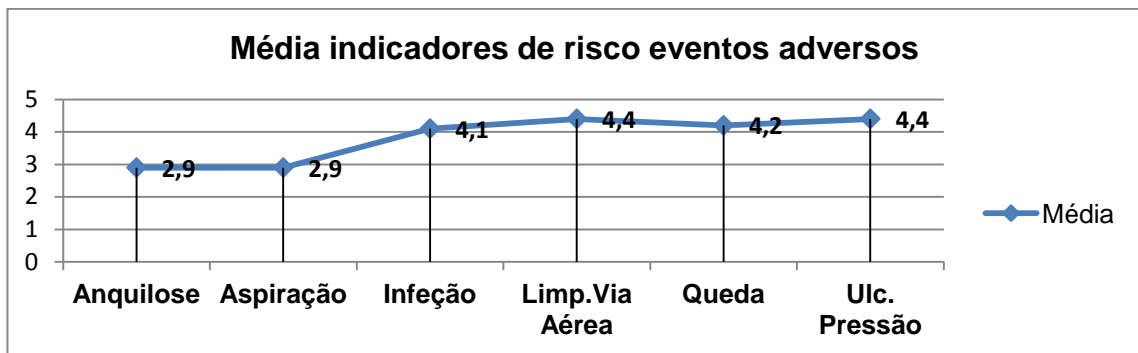


Em Relação à **Identificação dos Indicadores de Risco**, nos serviços de internamento inquiridos, verificou-se que os indicadores de Risco classificados como importantes foram os seguintes: **úlceras por pressão e compromisso da limpeza das vias aéreas** com uma média

de 4,4, seguido de **queda** com uma média de 4,2, **infecção** com uma média de 4,1. Pouco importantes se revelaram os indicadores de Risco de **aspiração**, **anquilose e pé equino** com uma média de 2,9 respetivamente.

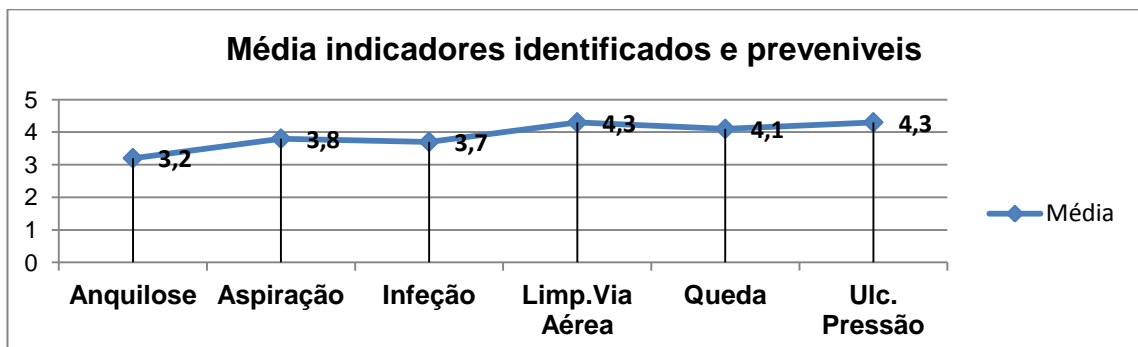
Estes resultados, esquematizados no gráfico 39 vão em linha com os dados obtidos na literatura que considera importante a identificação de indicadores de risco, pois estes permitem a prevenção de eventos adversos e de potenciais complicações, considerando-se um compromisso para a qualidade e segurança da prática de enfermagem “*não expor a perigos reais ou potenciais no decurso da prestação de cuidados de saúde*” (OE, 2008:2).

Gráfico 39 – Média indicadores de risco



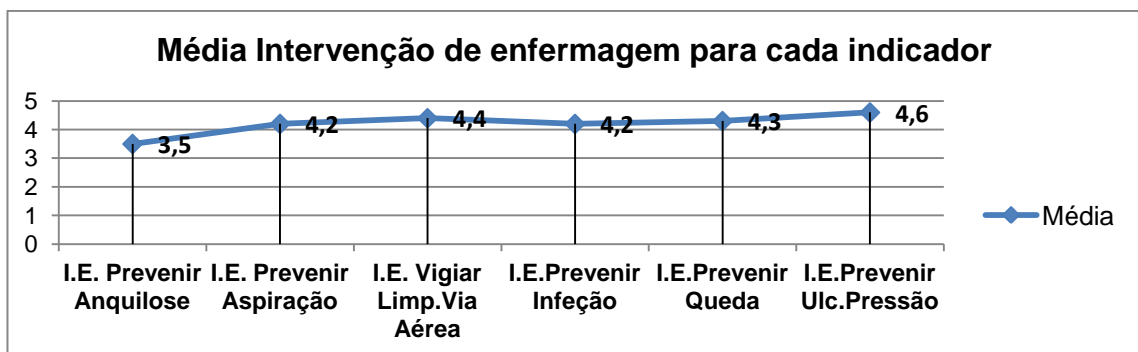
Relativamente aos **Indicadores de risco identificados e que não desenvolveram a lesão identificada**, salientam-se como importantes os indicadores **compromisso de limpeza das vias aéreas e úlcera por pressão** com uma média de 4,3, seguido de **queda** com uma média de 4,1. Relativamente aos indicadores de **aspiração** com uma média de 3,8, **infecção** com média de 3,7 e o indicador **anquilose e pé equino** com 3,2, a amostra inquirida mostrou-se indecisa a quantificar a sua importância. É de salientar que estes resultados são compatíveis com os estudos de Reason (2006) Ksouri et al (2010) e posteriormente Sousa Uva et al (2011), que destaca que cerca de **metade** dos eventos adversos são potencialmente preveníveis. Estes dados estão esquematizados no gráfico 40.

Gráfico 40 – Média indicadores identificados e preveníveis



A amostra populacional classifica como importantes as **Intervenções de enfermagem**, que os doentes são alvo, nomeadamente, a intervenções de enfermagem **prevenir da úlcera por pressão** com uma média de 4,6. A intervenção de **enfermagem vigiar compromisso de limpeza das vias aéreas** com uma média de 4,4; a Intervenção de Enfermagem **prevenir a queda** com uma média de 4,3; Intervenções de **enfermagem prevenir a aspiração e a infeção** com uma média de 4,2. Em Relação à Intervenção de Enfermagem **prevenir a anquilose e pé equino** a população mostrou-se indecisa em classifica-la com uma média de 3,5. Estes dados estão de acordo com a literatura consultada, nomeadamente, segundo a *California Nursing Outcomes Coalition*, referido por Hoeman (2011:157), que avaliou os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, nomeadamente, tendo ficado documentado a sua importância na prevenção da ocorrência das úlceras por pressão, quedas, infeção.

Gráfico 41 – Média intervenção enfermagem para cada indicador

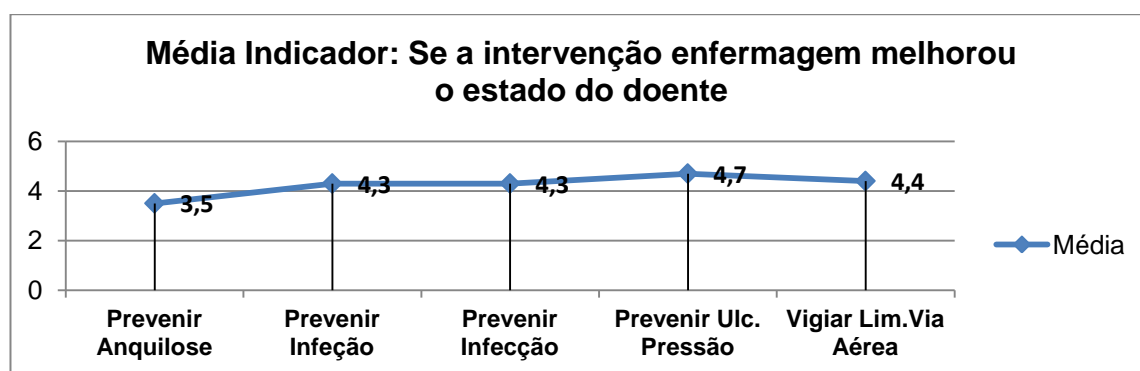


Quando inquirida se a **Intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente** a população classificou cada um dos indicadores relacionados com a melhoria do estado do doente como importantes, nomeadamente as intervenções: **prevenir a úlcera por pressão** com uma média de 4,7, **vigiar o compromisso de limpeza das vias aéreas** com média de 4,4; Intervenções de Enfermagem **prevenir a aspiração, a infeção e a queda** com uma média de 4,3 respetivamente. Quanto à Intervenção de enfermagem **prevenir a anquilose e pé equino** e a relação se esta melhorou o estado do doente, foi classificada quanto à sua importância com uma média de 3,5 (indecisa).

Os estudos encontrados na literatura procuraram relacionar os resultados de enfermagem e a eficácia das intervenções desta nos resultados dos doentes (Doran, 2001), (Needleman Buerhaus, Mattke, Stewart Zelevinsky, 2002), (Aiken, Clarke, Sloane & Silver, 2003), incluindo uma redução dos resultados adversos aos doentes.

Outros estudos realçam a importância das intervenções autónomas de enfermagem entre outras e a abordagem do cuidar, na qualidade dos cuidados de enfermagem (modelo da Qualidade de Cuidado de Duffy e Hoskins) e na segurança do doente (St.-Germain et al. 2008) mostrando este último estudo que a abordagem de cuidar conduz a resultados benéficos para o doente, para os enfermeiros e para a instituição de saúde, demonstrando-se a efetividade dos cuidados prestados pelos enfermeiros no âmbito das suas intervenções autónomas.

Gráfico 42 - Média indicador: Se a intervenção de enfermagem melhorou o estado do doente



Após análise da discussão dos resultados e a título conclusivo, poderemos considerar que os enfermeiros especialistas em reabilitação deste Centro Hospitalar encaram como importantes os seguintes **eventos adversos** nos serviços onde prestam cuidados: compromisso da limpeza da via aérea e infeção. Qualificam como pouco importante o evento adverso anquilose e pé equino.

Classificam todas as **intervenções de enfermagem** que praticam como importantes, exceto a intervenção de enfermagem prevenir a anquilose e o pé equino.

Consideram ainda que as suas **intervenções de enfermagem melhoram o estado do doente**, qualificando-as como importantes, exceto a intervenção de enfermagem prevenir a anquilose e o pé equino, mostrando-se a população indecisa em qualificar se esta intervenção de enfermagem resulta num resultado positivo para o doente. Pensamos que este caso se deve a este evento adverso ser considerado pouco importante nos serviços onde exercem a sua atividade.

Na literatura não se documenta a intervenção compromisso da limpeza da via aérea, bem como anquilose e o pé equino porque pensamos serem práticas específicas de intervenção da enfermagem de Reabilitação, sendo uma dimensão pouco explorada, pela inexistência de poucos estudos nesta área.

Quanto às perguntas abertas dois e três a maioria dos inquiridos optou por não responder. Os que decidiram responder mencionaram indicadores, fora do âmbito deste trabalho, que têm a ver com outros domínios da enfermagem de reabilitação.

### 3. CONCLUSÃO

A temática da segurança do doente no contexto da atual conjuntura económica e política é de extrema importância, quando se pretendem cuidados seguros e de qualidade.

Para que existam cuidados seguros e de qualidade é importante termos a noção que os eventos adversos só podem ser prevenidos se falarmos sobre eles, reconhecermos que eles existem, procurando as suas causas, pois só através do conhecimento da autêntica essência do fenómeno se poderá intervir sobre este, prevenindo-o e criando barreiras e estratégias de segurança.

Na elaboração do presente estudo foram surgindo algumas limitações, pelo que consideramos que a temática da segurança do doente é ainda hoje, em Portugal uma temática difícil de tratar, sobretudo quando aplicado a uma prática de cuidados específica, como a prática de enfermagem de reabilitação.

Como é um tema que suscita algumas controvérsias, nomeadamente na gestão e divulgação do erro e dos eventos adversos, por este facto é uma temática pouco estudada em Portugal. Os documentos relacionados com esta problemática são escassos daí a dificuldade em relacionar a bibliografia existente com a particularidade do fenómeno em estudo.

Como é sabido nas organizações de saúde perante a procura incessante em responder às expectativas dos cidadãos em *standards* de qualidade, a responsabilidade dos profissionais é intensificada. Os enfermeiros são os profissionais que na cadeia de cuidados se encontram em condições de gerir a agenda de segurança de cuidados ao doente, como mencionado anteriormente por Charney & Schirmer (2007) citando o *Institute of Medicine EUA* (2000).

Nesta perspetiva são chamados a demonstrar o que fazem, como o fazem e porque o fazem, resultando daqui um novo conceito, relacionado com os resultados em enfermagem. Da alteração dos sistemas de prestação de cuidados em saúde e do aparecimento de novos modelos de gestão e governação clínica, leva os profissionais em saúde e particularmente os profissionais em enfermagem a demonstrarem a qualidade do seu contributo para a saúde das pessoas.

Assim numa tentativa de clarificação pretendemos com este trabalho evidenciar como as intervenções autónomas de enfermagem de reabilitação limitam ou minimizam a ocorrência de eventos, influenciando os resultados dos doentes, e como estas podem produzir ganhos em

eficiência e em saúde, aumentando a segurança do doente na sua área específica de intervenção como documentado no trabalho.

Neste âmbito verificamos que os enfermeiros de reabilitação consideram como importantes na área de intervenção da gestão do risco relativo à imobilidade e reeducação/readaptação funcional respiratória os eventos adversos, compromisso da via aérea e infeção. Do mesmo modo encaram como importantes as intervenções de enfermagem, relativas a todos os eventos adversos explorados neste trabalho, exceto o evento adverso anquilose e pé equino, considerando que as suas intervenções melhoram o estado do doente, e conseqüentemente os seus resultados em saúde, demonstrando assim, a efetividade dos cuidados que prestam no âmbito das suas intervenções autónomas.

Gostaríamos de pensar que este trabalho possa de alguma forma servir de sustentáculo a novos estudos, que forneçam resultados mais pertinentes e que possam alterar comportamentos e ajudar a apreender a problemática da segurança do doente em contexto hospitalar, neste ou noutra âmbito de intervenção.

A proteção da pessoa dos riscos reais e potenciais segundo Nunes (2006:12) é uma forma de minimizar as sequelas resultantes de muitos cuidados de saúde, sendo que o controlo dos riscos e eventos adversos promove a qualidade dos cuidados, devendo este ser efetivado de forma preventiva e no sentido da segurança. A ideia de excelência da prática liga-se claramente a uma prática de cuidados seguros.

Para finalizar gostaríamos de mencionar que a gestão de risco clínico e a prevenção de eventos adversos como determinantes de qualidade deve constituir uma preocupação de todos os implicados não só profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, mas também dos gestores, governantes e sociedade civil, resultando esta preocupação de uma responsabilidade partilhada por todos os envolvidos.

## BIBLIOGRAFIA

Baker e al. – The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Research. Canadian Medical Association or its Licensors. 2004.

Bion, J. – Patient Safety: needs and initiatives. [www.ijccm.org](http://www.ijccm.org). 2008.

Carapineiro, G. - Saberes e Poderes no Hospital, Porto. Edições Afrontamento.

Carneiro, A. - O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. In: Revista Portuguesa de saúde pública. Vol. Temático (10): 3-10. 2010.

Charney, A., Schirmer, J. – Nursing Injury Rates and Negative Patient Outcomes Connecting the Dots. AAOHN Journal. Business and Leadership. Vol. 55.Nº 11. Nov. 2007.

Chow, A., Hendrich, A. - Maximizing the Impact of Nursing Care Quality: A Closer Look at the Hospital Work Environment and the Nurse's Impact on Patient-Care Quality. The Center for Health Design. Pag. 20. 2008.

Coelho, S., Mendes, I. – Da pesquisa à Prática de Enfermagem Aplicando o modelo de Adaptação de Roy. In: Escola Anna Nery, Out.-Dez.845-850. 2011.

Comissão Europeia – Comunicação da Comissão ao parlamento Europeu e ao Conselho sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Bruxelas. 2008.

Direção Geral da Saúde – Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente. DGS. Lisboa. 2011.

Doran, D., Hall, L. – The Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational change Strategies on Patient, System and Nurse Outcomes. Faculty of Nursing, University Of Toronto; 2001.

Doran, I., Sidani, S., Keatings M., & Doidge D. - An Empirical Test of the Nursing Role Effectiveness Model. Journal of Advanced Nursing. Toronto. Vol. 38, nº 1, 29–39. 2002.

Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm E., Sidani, S., Hall, I., Tourangeau, A. & Cranley L., - Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. In: *Research in Nursing & Health*, 29, 61–70. 2006.

El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M. & Hemadeh, N. - Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. In: *BMC Health Services Research*. 2011.

Fortin, M. - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures. Lusodidacta. 2009.

Fragata, J.; Martins, L. - O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade. Coimbra. Almedina. 2005.

Fragata, J.; "Governança dos hospitais. Casa das Letras – Sociedade Editorial, Lda.; 2009; p.75- 105.

Galbreath, J. – Roy, C. In: *Teorias de Enfermagem*. 4ª Edição. Artmed Editora. Portoalegre. 2000. Pág. 203-224.

Gouvêa, C., Travassos, C. - Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. In: *Cadernos de Saúde Publica*. Rio de Janeiro. 26(6); Junho 2010.

Hemsley B, Balandin S, Worrall L. - Nursing the patient with developmental disability in hospital: roles of paid careers. *Qualitative Health Research* [serial online]. December 2011; 21(12):1632-1642. Available from: MEDLINE with Full Text, Ipswich, MA. Accessed March 15, 2012.

Hendrich, A., Chow, M. - The interface between unit physical design, organizational culture, technology, and work processes in creating a culture of retention and safety. . In: *Maximizing the Impact of Nursing Care Quality: A Closer Look at the Hospital Work Environment and the Nurse's Impact on Patient-Care Quality*. The Center for Health Design. Georgia, 2008.

Hesbeen, W. – *Qualidade Em Enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Lusociência. Loures. 2001.

Hill, M., Hill, A. – *Investigação Por Questionário*. Edições Sílabo. 2ª Edição. 2009.

Hill, M.; Hill, A. - *Investigação Por Questionário*. Edições Sílabo. 1ª Edição. 2002.

Hoeman, S. – *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. Loures. Lusodidacta. 2011.

Hughes RG (ed.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2008.

Irvine, D. Sidani, S. & Hall, L. – Linking Outcomes to Nurses' Roles in Health Care. In: Nursing Economics/ Vol. 16/nº2; March-April 1998.

Jones A, Jones D. - Improving teamwork, trust and safety: An ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal Of Interprofessional Care* [serial online]. May 2011; 25(3):175-181. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed March 15, 2012.

Jones, R - Staffing and outcomes... "Nurse staffing and patient, nurse, and financial outcomes" (January). *American Journal of Nursing*, 108(4), 13. 2008.

Kohn, L. Corrigan & Donaldson – To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute Of Medicine. Washington. 2000.

Ksouri, H., Balanant, P., Tadié, J., Heraud, G., Abooud, I., Lerolle, N., Navora, A., Fagon, J.& Faisy, C.– Impact of Morbidity and Mortality Conferences on Analysis of Mortality and Critical Events in Intensive Care Practice. In: *AJCC-American Journal of Critical Care*, Vol. 19, N º 2; March 2010.

Mansoa, A., Vieira, C., Ferrinho, P., Nogueira, P., & Varandas, L. – Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. Vol. 29. Nº. 02. 2011.

Margato, C. - Newsletter Sinais Vitais Nº1, Julho 2011.

Martin, M., Cabré, L., Ruiz, J., Blanch, L., Blanco, J., Castillo, F., Galdós, P. & Roca, J.. - Indicadores de qualidade en el enferma crítico. In: *Med Intensiva*. 32(1): 23-32; 2008.

Mrayyan, M. - A unit-based protocol to enhance Jordanian nurses' autonomous decision making. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 391-396. Retrieved from EBSCOhost. 2006.

Neal-Boylan L, Guillett S. - Work experiences of RNs with physical disabilities. *Rehabilitation Nursing* [serial online]. March 2008; 33(2):67-72. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed March 15, 2012.

Nunes, L. - Perspetiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros. Revista Portuguesa de Enfermagem, Nº 3, Abril. 2006. 53-58.

O'Brien-Pallas, L., Tomblin, M., Shamian J., Xiaoquiang L., Hayes, L.- Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. Journal of Nursing Management. 2010. 18(8), 1073-1086. 2010

Oliveira, T. – Teses e Dissertações. 2ª Edição. Editora Recursos Humanos. Lisboa. 2007.

Ordem dos Enfermeiros – Ambientes Favoráveis à Prática: Condições de Trabalho = Cuidados de Qualidade. OE. Lisboa. 2007.

Ordem dos Enfermeiros - Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Divulgar. 2004.

Ordem dos Enfermeiros – Dotações Seguras, Salvam Vidas. OE. Lisboa. 2006.

Ordem dos Enfermeiros – Estatuto. OE. Lisboa. 2009.

Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade. OE. Lisboa. 2001.

Ordem dos Enfermeiros - Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) e Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. OE. 2007.

Ordem dos Enfermeiros – Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente. OE. Lisboa 2006.

Pereira, F. – Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Formasau. Coimbra. 2009.

Pestana, M. Gageiro, J. - Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 2ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo. 2000.

Phillips, K. – Modelo Adaptação. In: Tomey, A. & Alligood, M. – Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. 5ª Edição. Lusociência, Lda. Loures. 2004. Pág. 301-333.

Powell-Cope G, Baptiste A, Nelson A. - Modification of bed systems and use of accessories to reduce the risk of hospital-bed entrapment. *Rehabilitation Nursing* [serial online]. 2005 Jan-Feb 2005; 30(1):9-17. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed March 15, 2012.

Ques A., Montoro, C. & Gonzáñez, M. - Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. In: Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 18(3); Mai – Jun 2010.

Raduenz, A., Hoffmann, P., Radunz, V., Sasso, G., Maliska, I., - Marck, P., - Nursing Care and Patient Safety: Visualizing Medication Organization, Storage and Distribution with Photographic Research Methods. In: Rev. Latino-Americana de Enfermagem, Nov. - Dez. 18 (6), 2010.

Ribeiro, J. – Investigação e avaliação em psicologia e saúde. Manuais Universitários 12. Climepsi Editores. 1999.

Reis, E.; Santos, F.; Campos F.; Acúrcio, F.; Leite, M.; Leite, M.; Cherchiglia, M.; Max A. dos Santos, M. – Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cadernos de Saúde Publica. Vol. 6º, nr.1, Rio de Janeiro, Jan/Mar.1990.

Richardson, A., Storr, J. – Patient Safety: a literature review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. In: International Nursing Review. International Council of Nurses. 2010.

Roy, C., Andrews H. – O modelo de Adaptação de Roy. Instituto Piaget, 2001.

Scherb, C., Weydt, A. - Work Complexity Assessment, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: Making Connections. In: Creative Nursing, Volume 15. Nº1, 2009:

Sousa, P. – Patient Safety: A necessidade de uma Estratégia Nacional. In: Act Médica Portuguesa; 19: 309-318. 2006.

Speroff, T., Nwosu, S., Greevy, S., – Organizational Culture: variation across hospitals and connection to safety climate.<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/6/592.full.html#ref-list-1>.

St-Germain D, Blais R, Cara C. - The contribution of nurses' caring approach to patient safety in a rehabilitation setting: an innovative study [French]. *Recherché En Soins Infirmiers* [serial online]. December 2008. 95):57-69. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed March 15, 2012.

St-Germain D, Boivin B, Fougeryrollas P. - The Caring-Disability Creation Process model: a new way of combining 'Care' in nursing and 'Rehabilitation' for better quality of services and patient

safety. *Disability & Rehabilitation* [serial online]. October 2011; 33(21/22):2105-2113. Available from: CINAHL Plus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed March 15, 2012.

Tomey, A., Alligood, M. – Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Lusociência. Loures. 5ª Edição. 2004.

Unruh, L. - Nurse Staffing and Patient, Nurse and Financial outcomes. *American Journal of Nursing* , pp. 62-71. January de 2008.

Unruh, L., Zang. N. – Nurse Staffing and Patient Safety in Hospitals. In: *Nursing Research*. Vol. 61, nº 1, 3-12. Jan.Fev. 2012.

Uva, Sousa - Segurança do Doente - Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade”; Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.

Venturi, K. K. Qualidade do Cuidados em UTI: Relação entre o Dimensionamento do Pessoal de Enfermagem e Eventos Adversos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

Vitorino, M. – Gestão do Risco e Segurança do Cliente: desafios e estratégias. In: *Enfermagem*. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Nº 53-54; Janeiro/Julho 2009.

Vogelsmeier, A. Scott-Cawiezell, J. – A Just Culture. The role of nursing leadership. In: *Journal Nurse Care Quality*. Vol. 22; Nº 3, pp.210-212. 2007.

Wagner, L., Capezuti, E., Rice, J. – Nurses' Perceptions of Safety Culture in Long-Term Care Settings. In: *Journal of Nursing Scholarship*, 41:2; 2009.

West, E., Mays, N., Rafferty, A., Rowan, K., & Sanderson, C. - *Nursing resources and patient outcomes in intensive care: a systematic review of the literature*. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 993-1011. 2009.

WHO – Institute Of Medicine - Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. 2004.

WHO - Quality of care: patient safety. WHA55.18. May, 2002.

## SITES CONSULTADOS

Canadian Nurses Association:<http://www.cna-nurses.ca/cna/>

Direcção-Geral de Saúde:<http://www.dgs.pt/>

EBSCO Host:<http://web.ebscohost.com>

Federation of European Risk Management Associations: <http://www.ferma.eu/>

Institute of Medicine:<http://www.iom.edu/>

International Council of Nurses:<http://www.icn.ch/>

International Organization for Standardization:<http://www.iso.org/iso/home.html>;

Ordem dos Enfermeiros:<http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>;

Proqualis.net;

Pubmed Central:<http://www.pubmedcentral.nih.gov/index.html>;

SciELO - Scientific Electronic Library Online: <http://www.scielo.org> SciELO Portugal:  
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/>

The Joint Commission:<http://www.jointcommission.org/>

World Health Organization:<http://www.who.int>.

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Questionário**

## **Anexo II – Pedido e autorização para utilização do Questionário**

**Anexo III – Pedido autorização para aplicação do Questionário à  
Direção Enfermagem – CHLN, EP – Hospital de Santa Maria**

## **Anexo IV - Autorização para aplicação do Questionário da Direção de Enfermagem CHLN, EP. – Hospital de Santa Maria**