

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem

SEGURANÇA EM SERVIÇOS DE SAÚDE: PROCESSOS DE  
GESTÃO

SAFETY IN HEALTH SERVICES: MANAGEMENT PROCESSES

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria  
Manuela Ferreira Pereira Silva Martins  
e coorientada pela Doutoranda Elaine Cristina Novatzky  
Forte.

Tânia Sofia Pereira Correia

Porto | 2017



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Martins pela sua orientação sábia e tranquila, pelas suas sugestões e críticas, pela partilha abnegada de conhecimentos, pela permanente disponibilidade, paciência, atenção e compreensão, por todas as palavras de incentivo que foram determinantes na realização deste trabalho.

À Doutoranda Elaine Forte pela permanente alegria e otimismo, disponibilidade, partilha de conhecimentos, apoio na fase de análise de dados com o Atlas.ti e partilha de experiências que ajudou a impulsionar e enriquecer o meu trabalho.

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

Ao meu marido João Miguel por ser um modelo de coragem, pelo apoio na superação das dificuldades que surgiram durante esta jornada.

Ao meu filho João Afonso que, dos 2 aos 3 anos de idade e não sem protesto, foi quem mais contribuiu para este trabalho, libertando a sua mãe do tempo que lhe seria devido legitimamente.

## **ABREVIATURAS/SIGLAS**

ARSLT- Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CNQ - Conselho Nacional da Qualidade

DGS - Direção-Geral da Saúde

D.R. – Diário da República

ICN - International Council of Nurses

IOM - Institute Of Medicine

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

ISO - International Standards Organization

KFHQS - King's Found Health Quality

LASA - Look Alike, Sound-Alike

MS – Ministério da Saúde

NPSA - National Patient Safety Agency

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PDCA – Plan, Do, Check, Act

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO - Saúde Ocupacional

TISS- Therapeutic Intervention Scoring System

WHO- World Health Organization

## RESUMO

No contexto atual, a promoção da segurança torna-se um foco de investimento dos enfermeiros gestores. Estes assumem um papel preponderante nos cuidados de saúde prestados à população já que detêm competências na área de gestão do risco clínico e não clínico com responsabilidades na promoção de ambientes seguros.

O presente trabalho tem como principal objetivo descrever o desenvolvimento do planeamento de processos estratégicos e de avaliação/controle direcionados para a intervenção com segurança dos clientes e profissionais de serviços hospitalares, do ponto de vista de enfermeiros gestores

Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado na teoria de Donabedian e James Reason, realizado através de entrevista semiestruturada a 14 enfermeiros gestores de um centro hospitalar da região centro de Portugal, escolhidos por conveniência. A análise de conteúdo desenvolveu-se com recurso ao software Atlas.ti.

Da análise dos dados foi possível reconhecer uma relação entre a qualidade e a segurança patente nas condições de segurança descritas pelos entrevistados e que refletem os elementos do modelo de Donabedian: estrutura, processo e resultado.

Também a relação entre segurança dos enfermeiros e a segurança dos clientes se verifica na coincidência de categorias identificadas quer em áreas de segurança prioritárias, quer nas estratégias enumeradas pelos enfermeiros gestores participantes. Além disso, as áreas mencionadas como prioritárias para a segurança dos clientes e enfermeiros demonstraram conhecimento dos principais problemas de segurança descritos na literatura. As intervenções e estratégias dos enfermeiros gestores são maioritariamente de natureza sistémica, e menos individual, o que evidencia uma intervenção orientada para a mudança. Estes revelaram ainda preocupação com a cultura de culpabilização e a necessidade de criar uma cultura de segurança e de notificação.

Acreditamos ter reunido informação que contribuirá para desenvolver ações sustentadas de monitorização, apoiar a melhoria contínua e os processos de tomadas de decisão dos enfermeiros gestores.

Palavras-chave: segurança do paciente; gestão da segurança; gestão de riscos; cuidados de enfermagem; saúde do trabalhador



## ABSTRAT

In the current context, promoting safety becomes a focus of investment of nurse managers. These assume a preponderant role in the health care provided to the population as they have competencies in the area of clinical and nonclinical risk management with various responsibilities in the promotion of safe environments.

The main objective of the current work is to describe the development of the planning of strategic and evaluation/control processes directed towards intervention that is safe for both the clients and the professionals in the health services, from the point of view of nurse managers

This is a qualitative study based on Donabedian and James Reason's theory, conducted through a semi-structured interview with 14 nurse managers of a hospital center of the central region of Portugal, chosen for convenience. Content analysis was developed using Atlas.ti software.

From the data analysis, it was possible to recognize a relationship between quality and safety that is evident in the safety conditions described by the interviewees and which reflect the elements of the Donabedian model: structure, process and outcome.

The relationship between nurses' safety and client safety was also evident in the concurrence of categories identified both in priority safety areas and in the strategies listed by the participating nurse managers. In addition, the priority areas mentioned for client safety and nurses' safety demonstrated awareness of the main safety problems described in the literature. The nurse managers' interventions and strategies are mostly of a systemic nature, rather than individual, which shows an intervention oriented towards change. These also revealed concern about the culture of blame and the need to create a culture of security and reporting.

We believe that we have gathered information that will contribute to the development of sustained monitoring actions, support the continuous improvement and the decision-making process of nurse managers.

Keywords: patient safety; safety management; risk management; nursing care; occupational health.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	11
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA GESTÃO DA SEGURANÇA NOS SERVIÇOS .....	13
2. PROCURAR OLHARES SOBRE GESTÃO DE SEGURANÇA – TRABALHO DE CAMPO .....	21
2.1. Questões de investigação .....	22
2.2. Participantes no estudo .....	23
2.3. Instrumento de colheita de dados e procedimentos .....	25
2.4. Procedimentos éticos .....	27
2.5. Procedimentos de análise de dados .....	29
3. A QUALIDADE E A SEGURANÇA NOS SERVIÇOS HOSPITALARES .....	31
3.1. Em torno da estrutura.....	33
3.2. Considerando o processo.....	37
3.3. Contribuindo para os resultados.....	38
4. A SEGURANÇA COMO UMA EXIGÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO .....	41
5. A CULTURA DO ERRO NA VISÃO DO GESTOR .....	47
5.1. Abordagem Individual.....	49
5.2. Abordagem Sistémica .....	51
6. PILARES LEGISLATIVOS PARA A SEGURANÇA.....	57
7. ÁREAS PRIORITÁRIAS NA SEGURANÇA NO SERVIÇO .....	65
7.1. Segurança do cliente.....	65
7.2. Segurança do trabalhador.....	70
8. ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA A SEGURANÇA .....	79
8.1. Estratégias de segurança do cliente .....	80
8.2. Estratégias de segurança dos clientes e enfermeiros.....	85
8.3. Estratégias de segurança do enfermeiro .....	93
9. A SUSTENTABILIDADE PARA A INTERVENÇÃO DOS GESTORES .....	95
10. CONCLUSÃO .....	101
BIBLIOGRAFIA.....	103
ANEXOS .....	110
Anexo 1: Guião da entrevista.....	111
Anexo 2: Consentimento informado .....	113
Anexo 3: Autorização da Direcção de Enfermagem do Centro Hospitalar da Região Centro, para a realização da investigação. ....	114

<b>Anexo 4: Artigo de investigação: “Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro” .....</b>	<b>115</b>
---	------------

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos participantes .....	25
Tabela 2 - Questões do Guião de Entrevistas .....	27
Tabela 3 - Definições no âmbito do erro. Fonte: Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (DGS, 2011) .....	47
Tabela 4- Objetivos estratégicos e respetivas ações do PNSD 2015--2020 .....	60

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O contexto do problema de segurança nos serviços .....	18
Figura 2 - Desenho da metodologia do estudo .....	22
Figura 3 - Desenho da metodologia de análise de dados .....	30
Figura 4- Modelo de avaliação da qualidade de Donabedian (2003) .....	31
Figura 5- Condições de segurança.....	33
Figura 6 - Categorias identificadas no âmbito da Monitorização .....	41
Figura 7 - Modelo de risco do "Queijo Suíço" de James Reason.....	48
Figura 8 - Categorias identificadas no âmbito do Erro.....	49
Figura 9 - Categorias identificadas no âmbito da legislação .....	63
Figura 10 - Categorias identificadas no âmbito das áreas prioritárias na segurança dos clientes .....	65
Figura 11 - Categorias identificadas no âmbito de áreas prioritárias da segurança dos enfermeiros .....	72
Figura 12 - Os 5 passos da gestão do risco da NPSA (Adaptado (NPSA, 2007)) .....	80
Figura 13- Categorias identificadas no âmbito da segurança dos clientes .....	81
Figura 14 - Metodologia de gestão dos riscos (Adaptado Ministério da Saúde, ARLSVT (2010)) .....	86
Figura 15 - Categorias identificadas no âmbito das estratégias de gestão para a segurança do enfermeiro .....	93
Figura 16 - Esquema síntese da gestão da segurança num serviço de saúde.....	96

## INTRODUÇÃO

---

A investigação em enfermagem responde a questões sobre problemas e acresce conhecimentos novos na área dos cuidados ou do contexto onde estes ocorrem, traz benefícios para os clientes, famílias, comunidades e profissão. Com o desenvolvimento da investigação, a profissão evolui ao nível do saber e alcança uma identificação do conhecimento específico. Por consequência, a prática prospera se e quando as tomadas de decisões forem fundamentadas na melhor evidência. Os cuidados mais seguros beneficiam dessa evolução fundamentada na evidência científica, condição *sine qua non* para a sua excelência e segurança bem como para a melhoria dos resultados de enfermagem (ICN - International Council of Nurses, 2009).

Ora, os cuidados de saúde têm sofrido uma grande evolução ao longo dos anos e, atualmente, constata-se que reúnem processos cada vez mais complexos devido ao desenvolvimento tecnológico e científico e à formação de profissionais dotados de crescente competência e conhecimentos (SOUSA, 2009).

Além disso, os tempos modernos disponibilizaram e facilitaram o acesso generalizado de informação ao público/clientes o que, por sua vez, leva a maiores expectativas e exigências. Paralelamente, tem havido um elevado investimento por parte das instituições de saúde na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, investindo em processos de acreditação, com exigências e pressões crescentes sobre todo um corpo de profissionais onde se incluem, como pivôs do processo de saúde, os profissionais de enfermagem.

Este ambiente complexo entretanto gerado, associado ao facto de os cuidados de saúde serem prestados por pessoas, falíveis por natureza, pode comprometer a segurança dos clientes. A segurança torna-se, assim, um acontecimento atual e assume especialíssima importância não só para os utilizadores dos cuidados de saúde mas também para os profissionais, responsáveis e responsabilizados pelos mesmos.

Recordemos que a área da segurança pode ser vista no sentido da prevenção de acidentes de trabalho ou doenças profissionais mas aqui, particularmente, quando falamos em segurança centramo-nos na prestação de cuidados de qualidade o que, por sua vez, nos orienta para cuidados seguros.

Desta forma, a promoção da segurança torna-se um foco de investimento dos enfermeiros gestores. Estes assumem um papel preponderante nos cuidados de saúde prestados à população já que detêm competências na área de gestão do risco clínico e não clínico com responsabilidades na promoção de ambientes seguros, identificando e gerindo riscos e

introduzindo medidas corretivas, participando na elaboração e implementação de planos de gestão de risco, integrando e coordenando grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico, promovendo a cultura de segurança da equipa e monitorizando indicadores.

Pelo exposto, pela importância e atualidade do tema, pelo impacto de situações presenciadas de comprometimento da segurança de profissionais e utentes, fomos natural e curiosamente encaminhados para este estudo, incidindo o nosso foco sobre a segurança nos serviços hospitalares na perspetiva dos enfermeiros gestores de uma Instituição Hospitalar Pública do Centro de Portugal.

Embora haja instrumentos de avaliação relacionados com a segurança dos clientes, em concreto, não existe um instrumento que permita avaliar com precisão a qualidade das medidas tomadas pelos gestores no âmbito da segurança nos serviços, desde dotações seguras até medidas concretas para evitar perigos para os clientes e profissionais, pelo que partimos da questão: “Como os enfermeiros gestores desenvolvem o planeamento de processos estratégicos e de avaliação/controle direcionados para a intervenção com segurança para clientes e profissionais de serviços hospitalares?”.

Para responder à questão de partida desenvolveremos uma pesquisa qualitativa depois de compreender que o processo de segurança está intimamente ligado à qualidade, servindo-nos de caminho os modelos de Donabedian e Reason.

Com o presente relatório pertentemos sintetizar o conhecimento sobre o problema da segurança nos serviços e descrever o processo de pesquisa e seus resultados, pelo que o organizamos num primeiro capítulo com a contextualização do problema, logo de seguida a organização da pesquisa e depois o emergir dos resultados confrontados com o estado da arte sobre o tema.

Podemos dizer que iremos transportar para o documento atual, por um lado, o processo de aprendizagem sobre investigação e por outro, os resultados obtidos com o trabalho de campo esperando, desta forma, contribuir para conhecimento novo na área da gestão centrada nas questões de segurança.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA GESTÃO DA SEGURANÇA NOS SERVIÇOS

---

A importância e preocupação com a qualidade são partilhadas por diversas áreas. Nas últimas décadas, por influência da evolução das práticas do sector industrial, desenvolveu-se uma tendência crescente de interesse pela qualidade dos serviços de saúde. Esta tornou-se uma prioridade para os gestores, profissionais e clientes. Com isto, atualmente há um elevado investimento por parte das instituições de saúde na melhoria da qualidade dos cuidados prestados através de processos de acreditação.

A Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Cliente define Qualidade em Saúde como a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis e esperados de acordo com o conhecimento profissional vigente (DGS, 2011). O Institute of Medicine (IOM, 2001) elegeram ainda seis elementos fundamentais da qualidade:

- Eficácia: prestação de serviços baseados em conhecimentos científicos a todos os que poderiam beneficiar e abstendo-se de prestar serviços aos que não são suscetíveis de beneficiar;
- Centralidade no doente: prestação de cuidados que respeitem e respondam às preferências, necessidades e valores individuais do cliente;
- Oportuna: reduzir as esperas e, por vezes, atrasos nocivos tanto para quem recebe como para quem presta cuidados;
- Eficiência: evitar o desperdício, incluindo o desperdício de equipamentos, materiais, ideias e energia;
- Equidade: prestação de cuidados que não variam em qualidade por causa de características pessoais como gênero, etnia, localização geográfica e status socioeconômico;
- Segurança: evitar que o cliente sofra danos decorrentes do cuidado que destina a ajuda-los.

Por sua vez, a segurança chega mesmo a ser considerada como elemento crítico para alcançar cuidados de qualidade e envolve um abrangente conjunto de processos de melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão do risco (SOUZA, 2006).

A Segurança, segundo a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional para a Segurança do Doente, é definida como “a redução do risco de danos desnecessários a 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.” (DGS, 2011 p. 14). Esta tem sido, desde longa data, uma preocupação. Já Hipócrates, o pai da Medicina, e Florence Nightingale, a precursora da enfermagem, sinalizavam o dever de não causar danos aos clientes (WACHTER, 2010).

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

O impacto dos dados revelados no referido relatório foi tal que a segurança em saúde ganhou prioridade na World Health Organization (WHO), Organização Mundial de Saúde (OMS), e foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety) que define estratégias, diretrizes e objetivos internacionais com a finalidade de promover práticas que defendam a segurança dos cuidados de saúde (WHO, 2017).

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

De acordo com um estudo elaborado em 2011 pela Escola Nacional de Saúde Pública em hospitais portugueses a taxa de incidência de eventos adversos é de 11%, o que representa um valor não muito diferente de países como Canadá - 7,5%, Dinamarca -9,0%, Inglaterra - 10,8%, Suécia - 12,3% ou Nova Zelândia - 12,9%. No entanto 53% das situações foram consideradas evitáveis e em 58,2% das situações verificou-se um prolongamento do período de internamento (SOUSA, et al., 2011).

Todos estes dados continuam a justificar a notoriedade e relevância que a segurança em cuidados de saúde tem vindo a atingir nas agendas nacionais e internacionais. “A segurança do cliente é por isso, em si mesma, uma área de intervenção inovadora que, ao colocar no centro o cliente e a sua família, obriga a reinventar o sistema de saúde (e a própria lógica de investigação) numa perspectiva cada vez mais baseada em aspectos de cidadania e de ganhos em saúde.” (SOUSA, et al., 2010 p. 94).

Desta forma esta temática despertou o interesse dos investigadores e, essencialmente nos últimos 5 anos, houve um aumento exponencial da produção científica sobre esta temática. Predominam estudos de natureza quantitativa, direccionados para os resultados da prática de cuidados na segurança do cliente nomeadamente os eventos adversos como as quedas, erros de medicação, risco de infeção e menos nos mecanismos de prevenção do erro. No entanto reconhece-se que há ainda muito a fazer neste âmbito (SILVA, et al., 2016) & (SOUSA, et al., 2010).

A nível internacional é já inquestionável a importância da segurança nos cuidados de saúde. É reflexo disso, o investimento na segurança e na investigação para a segurança. Em Portugal, é premente a necessidade de investimento e promoção desta área, de mobilização de recursos humanos técnicos e financeiros para a construção e reforço da ação formativa e de investigação em segurança do cliente, de acordo com as conclusões da 1.ª reunião sobre investigação em segurança do cliente (promovida pela OMS em conjunto com a União Europeia) realizada em 2007 no Porto (SOUSA, et al., 2010).

Destacam-se dois temas prioritários em investigação em segurança do cliente: o conhecimento epidemiológico (frequência, causas, tipologia e impacto dos eventos adversos); e o desenvolvimento, implementação e avaliação de soluções inovadoras (SOUSA, et al., 2010).

O principal objetivo destas pesquisas é reunir conhecimento que permita baixar o risco e, conseqüentemente, incrementar os níveis de segurança do cliente. Este conhecimento permitirá desenvolver ações sustentadas de monitorização, apoiar a melhoria continua e os processos de tomadas de decisão política e clínica, a nível local, regional, nacional ou mesmo internacional (SOUSA, et al., 2010).

Neste sentido, para além de estudos que se debruçam a jusante do erro, importa conhecer a orgânica a montante. É neste âmbito que a cultura de segurança desempenha um papel crucial. De acordo com Fragata (2010 p. 566) a cultura organizacional de segurança compreende:

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

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

A evidência científica sobre a relação entre o desempenho dos enfermeiros gestores e os resultados para o cliente são relativamente recentes e escasseia a monitorização de resultados sobre segurança do cliente e a sua relação com a gestão de enfermagem. No entanto, sugerem evidências de uma relação positiva entre a gestão em enfermagem e a melhoria dos resultados para o cliente: satisfação, diminuição de ocorrência de eventos adversos e complicações para o cliente (WONG, et al., 2007).

Entretanto, já foi reconhecido há muito tempo nas indústrias de alto risco a importância para a segurança do papel dos gestores (FLIN, et al., 2004). Comprovou-se que o desempenho dos gestores está relacionado com o compromisso organizacional com a segurança, comportamentos de segurança dos trabalhadores e a ocorrência de acidentes de trabalho (FLIN, et al., 2004).

Os riscos profissionais que se concretizam em acidentes de trabalho e doenças profissionais podem resultar em incapacidades, morbilidades e absentismo com conseqüente quebra de produção. O absentismo pode ser definido como o somatório dos dias de ausência onde se excluem as faltas dos períodos de férias (ACSS, 2015).

De acordo com o Balanço Social Global do Ministério da Saúde (MS) e Serviço Nacional de Saúde (SNS) de 2014, que representa um instrumento de informação sobre recursos humanos do SNS, 1/3 dos quais são enfermeiros, revela-se que durante o referido ano ocorreram 8.164 acidentes de trabalho dos profissionais do SNS, desses, 3.433 motivaram

114.441 dias de trabalho perdido e ainda 2 óbitos. No que diz respeito à incapacidade para o trabalho, 73,8% dos acidentes de trabalho provocaram incapacidade temporária e absoluta, 23,7% incapacidade temporária e parcial e 25% incapacidade permanente. Nesse mesmo ano a taxa de absentismo em enfermagem foi de 11%, 5,7% da qual sendo devida a acidente de serviço ou doença profissional (MS, 2014).

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

Para que seja assegurada a segurança dos cuidados de saúde é inevitável que os Enfermeiros gestores conheçam e implementem métodos de avaliação e monitorização. Indissociável que é a segurança da qualidade, vários autores têm aplicado modelos de avaliação da qualidade à avaliação da segurança como é o caso do modelo de Avedis Donabedian (SOUSA, 2006).

Este, desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade em saúde que compreende 3 componentes/dimensões: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 2003). Existem outras teorias e perspectivas divergentes acerca da avaliação da qualidade em saúde (WHO, 2008 b), todavia este modelo tem sido amplamente aceite e implementado em contexto de cuidados de saúde (REVERE, et al., 2004).

A Dimensão Estrutura compreende elementos físicos e a estrutura organizacional, o Processo reúne as atividades desenvolvidas e o elemento Resultado reúnem-se os efeitos resultantes (DONABEDIAN, 2003).

Outro autor amplamente reconhecido pelos contributos que deixou para a gestão é William Deming. Este propôs um modelo de gestão de melhoria contínua da qualidade apresentando o Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) ou Ciclo de Deming (Fig.1), que foi criado por Shewart mas foi publicado, divulgado e implementado por Deming (SILVA, 2009).

Como o próprio nome indica, compreende quatro etapas:

- Plan (planear): é a primeira etapa do processo e implica a recolha e a análise de dados, definição de objetivos e planos de ação/processos para os atingir, de acordo com a natureza da organização;
- Do (fazer): implementação dos processos planeados;
- Check (verificar): avaliação e monitorização dos processos, resultados e sua eficácia tendo em consideração os objetivos, a natureza da organização e políticas;
- Act (Atuar): implementação de ações de melhoria de forma continua (SILVA, 2009).

Este ciclo reproduz-se continuamente e implica questionar constantemente todas as operações no sentido da melhoria continua (ANTÓNIO, et al., 2007).

Se é evidente a necessidade de avaliação da segurança e para isso se recorre a um modelo de avaliação da qualidade, o mesmo se poderá fazer com um modelo de gestão de melhoria continua, neste caso, o Ciclo PDCA.

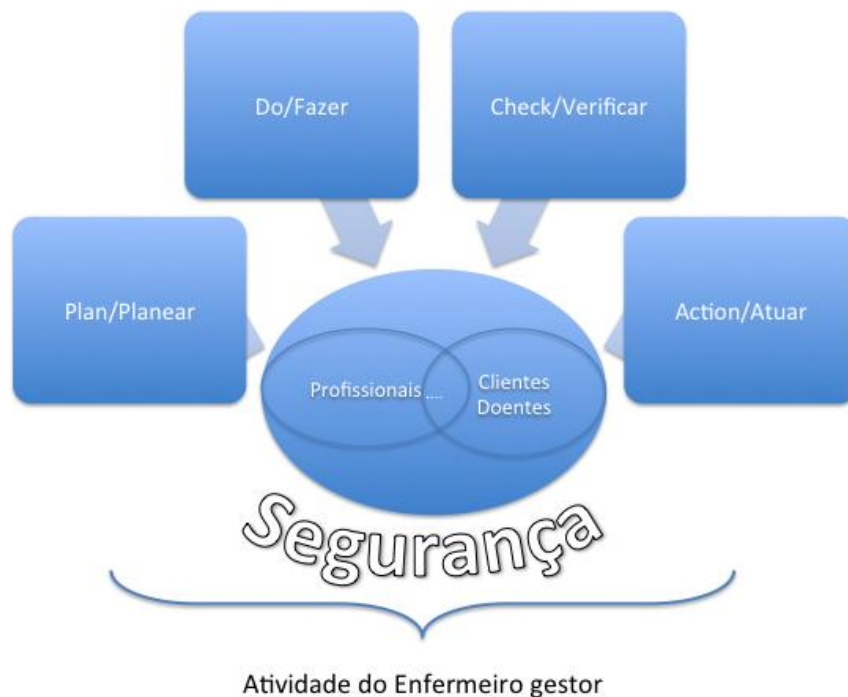


Figura 1 - O contexto do problema de segurança nos serviços

Adaptado de Ciclo de PDCA de Deming (ANTÓNIO, et al., 2007).

O enfermeiro gestor, atuando no âmbito da segurança dos serviços, desempenha as suas funções de acordo com as competências do enfermeiro gestor prevista no Regulamento 101/2015 publicado em Diário da República (D.R, 2015)(Fig.1): garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera, garante a implementação da melhoria contínua da

qualidade dos cuidados de enfermagem, gere a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos clientes em matéria de cuidados de enfermagem, garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera, garante a prática profissional baseada na evidência e desempenha um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde.

A implementação e o desenvolvimento destas competências de acordo com o Ciclo de Deming, dada a natureza contínua de reavaliação, permitem uma melhoria constante do desempenho do próprio gestor e consequentemente do desempenho dos serviços nomeadamente no que se refere á segurança.

O Enfermeiro gestor deve munir-se de estratégias e instrumentos de gestão que contribuam para assegurar a segurança dos serviços e ter presente que segurança em saúde é algo mais abrangente e complexo do que apenas segurança do cliente e que esta poderá estar dependente da segurança do enfermeiro e vice-versa.

Ainda pouco explorada e pouco conhecidas são as estratégias de liderança e medidas concretas dos enfermeiros gestores para garantir a segurança dos clientes e profissionais. Embora já existam estudos sobre segurança do cliente e sobre a segurança no trabalho, as duas áreas juntas como uma área de gestão não surge ainda com evidência.



## 2. PROCURAR OLHARES SOBRE GESTÃO DE SEGURANÇA - TRABALHO DE CAMPO

---

Os altos padrões de qualidade e segurança nas enfermarias hospitalares não podem ser alcançados sem o papel ativo dos líderes de enfermagem que administram essas unidades. Os enfermeiros gestores, pela responsabilidade que assume a sua função no seio organizacional dos serviços prestadores de cuidados, têm assim um papel preponderante nas medidas tomadas no âmbito da segurança na saúde.

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

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

Perante a prevalência de trabalhos quantitativos na área da segurança em saúde e a natureza do objeto aqui em análise, que se apresenta de forma complexa e dinâmica, optou-se por um estudo qualitativo com o intuito de conhecer, a partir dos olhares dos enfermeiros gestores, a segurança em ambiente hospitalar.

Indo ao encontro do objetivo da investigação qualitativa que passa por “compreender melhor os factos ou os fenómenos sociais ainda mal elucidados” (FORTIN, 2009 p. 290) o estudo proposto tem como finalidade contribuir para o conhecimento sobre práticas de gestão da segurança em ambiente hospitalar. Desta forma, delineámos como objetivo geral: Descrever o desenvolvimento do planeamento de processos estratégicos e de avaliação/controle direcionados para a intervenção com segurança para clientes e profissionais de serviços hospitalares, do ponto de vista de enfermeiros gestores.

Foram ainda definidos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a importância dada pelos enfermeiros gestores às questões de segurança do cliente/profissional e ao erro;

- Identificar estratégias que os enfermeiros gestores utilizam para a monitorização da segurança do cliente/profissional;
- Analisar medidas corretivas e preventivas implementadas para a segurança;
- Identificar as áreas privilegiadas pelos enfermeiros gestores como fundamentais para a segurança do cliente/profissional e implicitamente do serviço.



Figura 2 - Desenho da metodologia do estudo

O processo de pesquisa seguiu o desenho que idealizamos como caminho desde a questão de partida até chegar aos resultados e conclusões. Desta forma pretendemos desenvolver um estudo que permite conhecer os contornos do fenómeno da segurança dos clientes e enfermeiros nos serviços hospitalares.

## 2.1. Questões de investigação

A formulação da questão de investigação é essencial para o desenvolvimento do estudo, dado que esta norteia o processo da investigação relacionando-se diretamente com os objetivos da mesma e refletem que informação o estudo pretende alcançar (FORTIN, 2009). Esta está presente do início ao término do curso da investigação sendo considerado como

fator crítico da mesma. É essencial ter em consideração que esta deve refletir um estudo exequível de modo que seja possível alcançar respostas, interessante do ponto de vista científico para motivar quem desenvolve o estudo e para quem possa ter interesse em consultá-lo, deve trazer conhecimentos/informações novas, deve ser uma questão que respeite os princípios éticos e relevante para que os resultados alcançados contribuam para o desenvolvimento científico da área em questão (QUIVY, et al., 2005).

Depois de ter apresentado a pergunta de investigação na introdução socorremo-nos agora de uma maior especificação com as perguntas de investigação:

- Como fazem os gestores para planear a sua intervenção na área de segurança?
- Como asseguram os gestores as atividades conducentes à segurança de clientes e profissionais?
- Como avaliam os enfermeiros gestores a segurança dos serviços?

Tendo isto em linha de conta e sabendo que embora haja instrumentos de avaliação relacionados com a segurança dos clientes, não existe um instrumento que permita avaliar com precisão a qualidade das medidas tomadas pelos gestores no âmbito da segurança nos serviços, desde dotações seguras até medidas concretas para evitar perigos para os clientes e profissionais, somos impedidos a desenvolver o estudo em questão.

## 2.2. Participantes no estudo

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

Admitindo que a segurança do meio intra-hospitalar é fortemente influenciada pelas medidas tomadas pelos enfermeiros gestores, mostrou-se pertinente avaliar a segurança no âmbito da gestão em enfermagem.

Após a definição do problema de investigação, dos objetivos e questão de investigação é necessário definir a população alvo da recolha de informação (FORTIN, 2009).

Neste estudo os sujeitos da investigação são enfermeiros gestores. Face à natureza qualitativa do estudo o método de amostragem foi o de conveniência considerando que “é

constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” (FORTIN, 2009 p. 321).

Optamos por enfermeiros gestores de um centro hospitalar da região centro de Portugal para mergulhar o mais profundo possível no problema da gestão da segurança dos serviços. O critério de inclusão é estar a desenvolver atividade de gestão de um serviço do hospital escolhido há mais de seis meses e estar ao serviço no momento da entrevista.

Consideraremos todos os enfermeiros gestores deste hospital até obter a saturação do conteúdo das respostas, que neste caso se traduziu na não identificação de material novo após a décima quarta entrevista.

Das características dos participantes salienta-se que onze são mulheres e três são homens, com idades entre 53 e 61 anos, com tempo de exercício de funções em direção e chefia dos serviços de enfermagem entre 9 e 24 anos. Todos são enfermeiros especialistas, oito são mestres e um não terminou mestrado. Apenas um é doutorando em fase de elaboração da tese. No que se refere a formação em gestão doze entrevistados afirmaram possuir algum tipo de formação em gestão (Tabela 1).

Idade	Experiência em gestão	Especialidade	Mestrado	Doutoramento	Formação em Gestão
54	24	Médico-cirúrgica	Supervisão	-	Estudos Superiores Especializados em administração de serviços de enfermagem
55	15	Saúde Materna e Obstétrica	Gestão Pública	-	Mestrado em Gestão Pública
54	15	Médico-cirúrgica	Gestão Pública	-	Mestrado em Gestão Pública Pós graduação em administração dos serviços de saúde Pós graduação em administração dos serviços de saúde Pós graduação dos serviços de enfermagem Curso de supervisão
54	9	Médico-cirurgia (opção BO)	Administração e gestão de serviços públicos	-	Pós graduação em gestão de informação Mestrado em gestão de informação Mestrado em gestão de serviços públicos
55	15	Saúde	-	Em fase de	Vertente gestão na

		Mental e Psiquiatria		elaboração de tese de doutoramento em Educação e formação: supervisão clínica.	especialidade.
58	24	Reabilitação	Ciências da Enfermagem	-	Programa Liderança para a Mudança do ICN e Ordem dos enfermeiros
53	9	Saúde Mental e Psiquiátrica	-	-	Cursos de curta duração
54	9	Reabilitação	Não terminou	-	Vertente gestão na especialidade e cursos de curta duração
60	23	Médico-cirúrgica	-	-	Administração em enfermagem.
53	15	Médico-cirúrgica	-	-	Curso de 200h de formação em gestão
55	16	Médico-cirúrgica	Médico-cirúrgico	-	Formação em gestão no âmbito da especialidade e mestrado
56	20	Médico-cirúrgica	Estomo terapia	-	-
58	20	Médico-cirúrgica	Gestão e economia da saúde	-	-
61	20	Médico-cirúrgica	-	-	Pós graduação em gestão em saúde pública

Tabela 1 - Características dos participantes

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

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

Recordemos que uma das vantagens da entrevista é permitir reunir uma boa quantidade de informação através de questões promovendo a narração de experiências individuais (POLIT, et al., 2000). Além do mais, aproxima-nos dos atores principais para explicitar a experiência central do problema em estudo pois esta metodologia é “um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que colhe dados e um respondente que fornece a informação” (FORTIN, 2009 p. 375). E tem como objetivos

explorar um novo tema, aprofundar temas já conhecidos, verificar conhecimentos adquiridos e controlo de resultados (GHIGLIONE, et al., 2005).

Existem três tipos de entrevista: a estruturada, a semiestruturada e a não estruturada (FORTIN, 2009) que têm diferentes objetivos desde controlar e validar dados, verificar matérias conhecidas, aprofundar determinado tema ou explorar um tema desconhecido (GHIGLIONE, et al., 2005).

Com a finalidade de penetrarmos na dimensão subjetiva para compreensão do objeto de investigação, optamos pela entrevista semiestruturada individual. “As questões abertas permitem fazer ressaltar os pontos de vista dos participantes e ter uma ideia mais precisa do que constitui a sua experiência.” (FORTIN, 2009 p. 300). O conteúdo das respostas constitui material empírico importante e peculiar aos enfermeiros gestores.

Para garantir que o procedimento seria uniforme, sustentamos a entrevista num guião (Anexo 1) com questões que permitem flexibilizar o curso da entrevista de acordo com a informação fornecida pelos entrevistados salvaguardando a necessidade de objetivar algumas situações.

A construção do guião de entrevista teve em consideração a contextualização e informação sobre o estudo ao entrevistado, a obtenção do consentimento informado para a realização da entrevista, a gravação da mesma, e a colocação das questões.

A primeira entrevista ou entrevista piloto serviu de base para uma reavaliação das questões do guião de entrevista.

O guião da entrevista desenvolveu-se ao longo de seis áreas temáticas num total de 11 questões (Tabela 2).

<b>Compreender a importância dada pelos enfermeiros gestores às questões de segurança do Serviço</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. O que é para si a segurança num serviço?</li><li>2. O que considera um serviço seguro?</li><li>3. O que faz habitualmente no serviço sobre segurança (cliente e enfermeiros)?</li></ol>
<b>Compreender a importância dada pelos enfermeiros gestores às questões de segurança do cliente/profissional e ao erro</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Que áreas considera prioritárias para a segurança do cliente?</li><li>5. Que áreas considera prioritárias para a segurança dos enfermeiros</li><li>6. Que estratégias utiliza como gestora do serviço para evitar perigos para o cliente / enfermeiros?</li></ol>
<b>Identificar estratégias que os enfermeiros gestores utilizam para a monitorização da segurança do</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>7. Que instrumentos existem no seu serviço para controlo da segurança dos clientes?</li><li>8. Que estratégias utiliza para a</li></ol>

<b>cliente/ profissional</b>	monitorização da segurança do cliente/ dos enfermeiros?
<b>Analisar medidas corretivas e preventivas implementadas para a segurança.</b>	9. Quando é identificada alguma falha relacionada com a segurança, qual o procedimento que adota?
<b>Identificar as áreas privilegiadas pelos enfermeiros gestores como fundamentais para a segurança do cliente/profissional e implicitamente do serviço</b>	10. Como enquadra a segurança do seu serviço (legislação, orientações da Ordem, teóricos sobre segurança)? 11. Há algum assunto que queira acrescentar e que possa contribuir para o meu trabalho?

**Tabela 2 - Questões do Guião de Entrevistas**

As entrevistas foram agendadas pessoalmente de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. A escolha do local ficou ao critério dos participantes cuja escolha recaiu sempre no ambiente de trabalho dos mesmos. Estes foram informados nesse momento da duração provável das entrevistas. Estas decorreram entre Fevereiro e Maio de 2015 com uma duração média de 40 minutos. Após a transcrição das entrevistas estas foram enviadas ao respetivo entrevistado para que fossem validadas.

#### 2.4. Procedimentos éticos

Na investigação em ciências da saúde, onde frequentemente o objeto de estudo são pessoas, deve garantir-se a proteção dos seus direitos. Assim, afigura-se premente o respeito das questões morais, éticas e o respeito pelos direitos humanos além das exigências legais vigentes (POLIT, et al., 2000).

Particularmente, a investigação qualitativa, pelas singularidades que a definem, traz consigo um manancial de considerações éticas a ter em linha de conta e por isso “os investigadores devem ser responsáveis pelas decisões éticas tomadas na produção de qualquer investigação” (STRUBERT, et al., 2002 p. 38). Neste contexto tem havido a necessidade de criação de códigos de ética como o código de Nuremberg que surge em resposta às atrocidades da investigação nazi, e a Declaração de Helsinquia da World Medical Assembly em 1964 e a American Nurses Association que criou a Human Rights Guidelines for Nurses in Clinical and other Research (1975) e o Code for Nurses (1985), (POLIT, et al., 2000).

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

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

O respeito pela confidencialidade e anonimato dos participantes e o consentimento informado asseguram o cumprimento dos princípios da justiça e integridade para além do da beneficência (STRUBERT, et al., 2002). Desta forma o investigador deve tomar todas as medidas necessárias para que a confidencialidade seja assegurada (STRUBERT, et al., 2002). Neste estudo todos os procedimentos respeitam a confidencialidade e anonimato dos participantes: as entrevistas transcritas estão identificadas com a letra E sendo numeradas de modo aleatório sem qualquer relação com a ordem de entrevista ou outro fator. Além disso foi retirada qualquer informação que pudesse originar a identificação dos participantes.

A participação dos entrevistados deve ser voluntária e com consentimento informado, em respeito pela autonomia (STRUBERT, et al., 2002). Para que o consentimento seja informado exige-se que seja dada informação necessária sobre a investigação em causa, que os participantes sejam capazes de a compreender, aptos para decidir livremente, e capazes de recusar ou aceitar voluntariamente a participação na investigação (POLIT, et al., 2000). Assim, antes de iniciar a entrevista foi explicado a todos os entrevistados os objetivos do estudo, o direito de escolha em participar ou recusar participar a qualquer momento do mesmo. Esta informação foi dada também em suporte de papel (Anexo 1 e 2). Foi ainda feito o pedido de autorização para realização da investigação ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar em estudo bem como à Comissão de Ética. A última informou que o Presidente do Conselho de Administração é quem detém autoridade para decidir sobre estes pedidos e que apenas se pronuncia quando solicitada pelo mesmo. O Presidente do Conselho de Administração autorizou a realização deste estudo sem solicitar parecer da Comissão de Ética (Anexo 3).

## 2.5. Procedimentos de análise de dados

Um estudo qualitativo distingue-se e caracteriza-se pela natureza da preparação e análise de um conjunto de dados obtidos a que se designa por análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (2000) a análise de conteúdo representa um conjunto de técnicas de análise de comunicações, uma metodologia sistemática e objetiva que se desenvolve em três fases: a pré-análise, a exploração do material e por último o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Figura 3).

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

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

As categorias foram identificadas às posteriori, isto é, após e de acordo com a leitura dos dados obtidos, tendo como pedras basilares neste processo e quadro referencial teórico, o Modelo de Donabedian e o Modelo de James Reason.

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

Após analisadas, essas unidades foram agrupadas em grandes áreas temáticas: categorias (families), as quais possibilitam o desenvolvimento da análise dos resultados deste estudo. A categorização é a reunião de unidades de registos (categorias) com características

comuns e semântica semelhante. É uma etapa do processo extremamente exigente pois implica que o investigador se dedique afincadamente à leitura analítica dos dados para que conheça e interprete claramente os mesmos (STRUBERT, et al., 2002).

Na fase do tratamento e interpretação “os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos” (BARDIN, 2000 p. 101). Este momento da investigação exigiu uma análise à luz das teorias conhecidas e o reconhecimento dos novos dados.

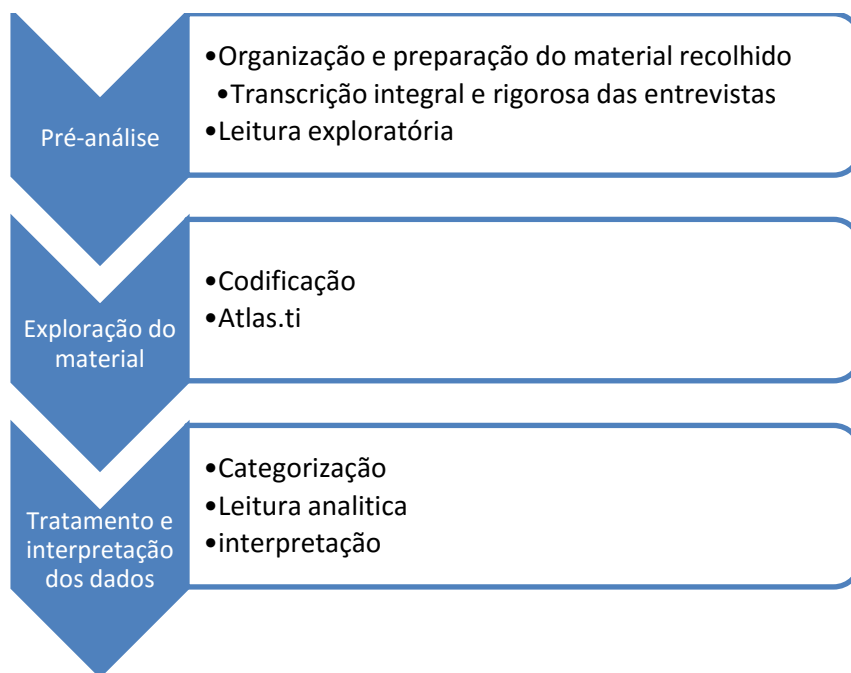


Figura 3 - Desenho da metodologia de análise de dados

Assim, a análise da metodologia qualitativa inicia-se no momento da recolha na procura de significados sobre o que é observado pelo investigador para além dos dados objetivamente colhidos, prolongando-se num continuum (STRUBERT, et al., 2002).

### 3. A QUALIDADE E A SEGURANÇA NOS SERVIÇOS HOSPITALARES

A qualidade é um conceito amplamente valorizado por todos os intervenientes dos serviços de saúde, gestores, profissionais e clientes, pela garantia que imprime nos cuidados prestados. Nas organizações de saúde tem-se verificado um aumento da exigência para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes, por razões de ordem económica, pela complexidade destes ambientes organizacionais (grande número de profissionais, diferentes especialidades e tecnologias, complexidade de procedimentos...), pela constante evolução científica e técnica, pelas expectativas dos clientes e famílias (SOUSA, 2006).

Uma das formas de garantir a evolução da qualidade dos cuidados é através de uma avaliação ou monitorização no sentido de conhecer a realidade das instituições e identificar oportunidades de melhoria ao nível da qualidade vigente.

Avedis Donabedian (2003) desenvolveu a avaliação da qualidade em saúde lançando uma metodologia de avaliação e classificação que se alicerça em três dimensões: estrutura, processo e resultado nos serviços de saúde (figura 4). Apesar de existirem correntes e perspectivas diferentes acerca do melhor modelo de avaliação da qualidade (WHO, 2008 b), este tem representado o padrão mais usual de avaliação no domínio dos serviços de saúde (REVERE, et al., 2004).

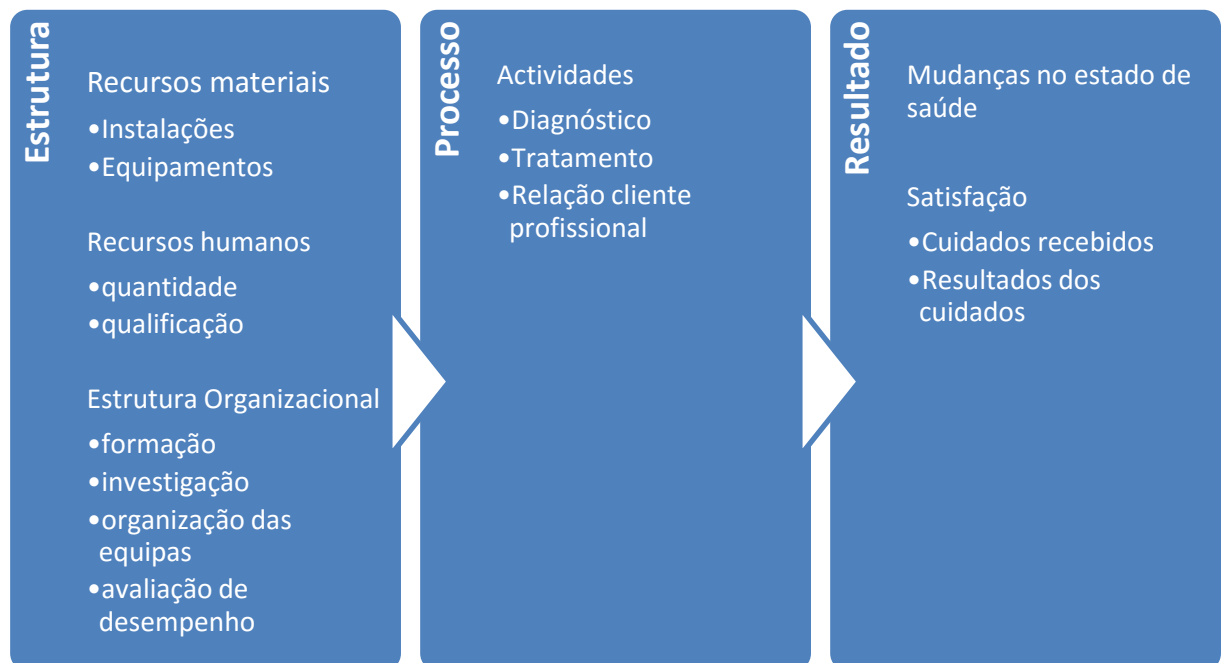


Figura 4- Modelo de avaliação da qualidade de Donabedian (2003)

A Estrutura diz respeito a elementos relativamente estáveis de uma organização como é o caso dos elementos físicos (recursos materiais existentes bem como características do ambiente físico/instalações), as características dos recursos humanos em quantidade e qualidade e ainda a estrutura organizacional, representando fatores elementares à prestação de cuidados. No entanto, os elementos estruturais de uma organização, por si só, não são suficientes para garantir a qualidade dos cuidados de saúde, apesar de ser o fator com mais visibilidade (DONABEDIAN, 2003) & (FERREIRA, 1991).

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

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

Nesta metodologia de avaliação os elementos da estrutura e processo podem ser condicionados e influenciados pelos profissionais ou pela organização em questão. Apesar do resultado estar sujeito ao subjetivismo da avaliação pelo cliente, não é contraditório afirmar que também depende, e muito, da estrutura e do processo, isto é, dos recursos materiais e humanos, da estrutura organizacional e das atividades desenvolvidas no sentido dum resultado ótimo.

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

Com os processos de melhoria continua e acreditação dos últimos anos, têm-se desenvolvido iniciativas no sentido de minimizar ou mesmo eliminar falhas do sistema de saúde. Nomeadamente ao nível da estrutura com a elaboração e adoção de standards: normas, procedimentos e protocolos que contribuem para a melhoria na organização do trabalho, com a implementação de departamentos relacionados com a dinâmica da segurança (controlo da infeção hospitalar, gestão do risco...). No âmbito do processo têm-

se desenvolvido normas de orientação clínica, guidelines, no sentido de fundamentar as decisões em evidência científica. (SOUSA, 2006).

Nas entrevistas realizadas, nas respostas encontradas às questões sobre o que os enfermeiros gestores consideravam ser um serviço seguro foram encontradas 17 categorias (codes) que se agruparam em três grandes áreas temáticas (families) de acordo com o modelo de Donabedian: estrutura, processo e resultado (figura5)

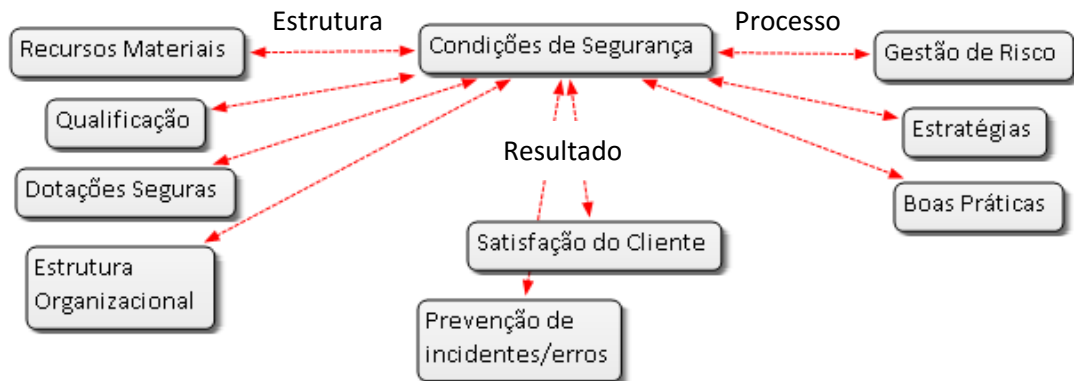


Figura 5- Condições de segurança

Os enfermeiros gestores participantes neste estudo para garantirem qualidade incorporam nas condições de segurança, uma intervenção na estrutura nos processos e nos resultados.

### 3.1. Em torno da estrutura

A estrutura é sentida como uma parte importante quando nos referimos à qualidade sendo uma das áreas de produção de indicadores. Os indicadores de “...estrutura em saúde costumam ser utilizados para o credenciamento de unidades de saúde. Alguns exemplos são: existência ou não de um serviço de vigilância epidemiológica em uma unidade de saúde; condições de armazenamento de medicamentos na farmácia de um centro de saúde ou hospital; número de profissionais de saúde - por categoria - envolvidos na assistência a uma população em relação ao número de pessoas assistidas; e número de leitos disponíveis, por especialidade, em um certo hospital ou área geográfica” (PORTELA, 2000 p. 263). Isto ajuda-nos a compreender o valor dado a esta área pelos participantes, considerando que foram encontradas, nos discursos dos enfermeiros gestores, 4 categorias, num total de 9 do âmbito de condições de segurança. Este fato demonstra um certo predomínio e valorização desta componente na segurança, em detrimento das restantes.

A estrutura abarca a categoria Recursos Materiais onde se reuniu os discursos dos enfermeiros gestores que apontaram os materiais e equipamentos como elementos importantes para a segurança de um serviço: *“Segurança do cliente engloba (...) um conjunto de fatores que têm de estar reunidos: estruturas adequadas, equipamentos adequados (...)”* (E12) e as instalações onde têm lugar as prestações de cuidados: *“segurança abrange desde a parte arquitetónica á parte física do serviço”* (E7). De acordo com Carvalho (2002 p. 24) o “ projecto arquitectónico de um estabelecimento assistencial em saúde deve atender, principalmente, três factores: funcionalidade, flexibilidade e expansibilidade.”. Nomeadamente “... a funcionalidade tem a importância de um instrumento de trabalho: sempre será possível a improvisação, mas com sensíveis prejuízos na qualidade do atendimento.” (CARVALHO, 2002 p. 24) .

A categoria identificada por Dotações Seguras, foi referida nestes termos por alguns enfermeiros gestores enquanto outros, significando o mesmo, referiram a necessidade de enfermeiros em número suficiente:“...profissionais em número suficiente e se têm formação adequada para o lugar que desempenham, que também é muito importante aqui no nosso caso.”(E12).

A investigação científica evidencia que as dotações de enfermagem têm impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos clientes. Melhores rácios proporcionam menores taxas de infeção hospitalar, menos dias de internamento, menores taxas de paragens cardiorrespiratórias e mais sucesso em reanimação. Logo, dotações adequadas resultam em menor mortalidade. Além de consequências para os clientes, rácios inadequados também trazem consequências para os enfermeiros: maior stress, exaustão emocional, descontentamento, desmotivação, absentismo e menor produção. Assim, tendo em consideração a função e a proporção de enfermeiros dentro de uma instituição de saúde, as dotações de enfermagem adotadas têm grandes consequências para toda a organização (FREITAS, et al., 2013).

Há ainda a considerar que a dotação segura vai para além do número de enfermeiros, “as revisões sistemáticas mais recentes identificam a importância da combinação de competências no seio das equipas para o sucesso dos resultados, demonstrando que enfermeiros com maior nível de diferenciação prestam cuidados mais seguros e com melhores resultados para os clientes.” (FREITAS, et al., 2013). Torna-se, então, necessário repensar a distribuição de clientes por enfermeiro e o impacto deste rácio na qualidade e segurança: *“(...) a segurança do cliente é o objetivo, passa pela qualidade e tendo várias estratégias que podemos implementar, desde a distribuição do número de clientes com rácios seguros(...) quantos menos clientes tivermos, teremos mais horas de cuidados para*

*cada cliente, podemos fazer a planificação dos nossos cuidados de forma mais estruturada e como tal a probabilidade de erros também diminuirá”.*(E9) De acordo com a Federação Americana de Professores (1995) (cit por (ICN, 2006)) a definição de dotações seguras compreende a disponibilidade em qualquer momento da quantidade adequada de profissionais com níveis de competência necessária para assegurar que se respondem às necessidades de cuidados dos clientes e são garantidas as condições de trabalho isentas de risco. A Associação de Enfermagem do Estado da Carolina do Norte - North Carolina Nurses Association, NCNA (2005) (cit. por (ICN, 2006)) acrescenta ainda que as dotações seguras refletem a qualidade dos cuidados prestados aos clientes, das condições de trabalho dos enfermeiros e dos resultados da organização.

No âmbito da estrutura também é feita menção à importância da Formação dos profissionais para a segurança tendo sido referido que um serviço seguro é *“(...)onde os profissionais tenham conhecimentos, sejam informados e formados, nas diferentes áreas, como a infeção hospitalar e outras áreas, portanto o conhecimento é fundamental para tornar o serviço seguro, (...) devemos desenvolver muito as competências dos enfermeiros para que possamos ser um serviço seguro e para prestar cuidados adequados.”*( E12).

É indubitável a necessidade e importância dada à formação em segurança. Com esse propósito a WHO (2011) divulgou o Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition, com a intenção de promover a inclusão de conteúdos relativos à segurança nos currículos dos cursos de saúde, como é o caso de Enfermagem e assim capacitar estes profissionais de competências a esse nível.

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

Neste contexto, os entrevistados mencionaram a importância do cumprimento de normas: *“(...)poderemos falar em alguma segurança no serviço desde que estejam colocadas em prática as normas direcionadas para a segurança dos profissionais e dos clientes; se elas estiverem implementadas eu penso que poderemos ter resultados direcionados para a segurança”*(E10).

Também a implementação de políticas e procedimentos foi relatada como condição de segurança: *“Um serviço seguro é aquele que tem instituído essas políticas, têm*

*procedimentos instituídos (...)*"(E4). De uma forma mais generalista referiram a adoção de medidas: *"basicamente a segurança tem a ver com um conjunto de medidas que tem em vista a segurança quer dos profissionais quer dos clientes quando falamos num universo desta natureza em saúde, para mim será realmente a existência dessas medidas e a sua colocação em prática."*(E10). De notar a falta de precisão quando falamos de orientações mais ou menos formais, não havendo uma distinção clara da origem e da natureza das normas, políticas, procedimentos e medidas, tratando-se, a respeito, de um discurso um pouco vago.

A Liderança, de acordo com Prentice cit. por Maximiano (2000), é a realização de um objetivo por meio da mobilização dos recursos humanos e um líder é aquele que, com sucesso, dirige os seus colaboradores para alcançar determinada meta ao longo do tempo e em diversas circunstâncias. Neste sentido, ainda no campo da estrutura organizacional, um enfermeiro gestor identificou uma boa liderança como importante para a segurança no serviço: *"se não houver, de facto, uma boa reorganização e uma boa liderança, não há segurança"*(E2).

A cultura organizacional caracteriza-se por normas informais de conduta que definem usos, costumes e comportamentos que podem ou não estar de acordo com a legislação oficial da instituição (MAXIMIANO, 2000). Deste modo, a cultura organizacional pode comprometer a segurança dos cuidados prestados. A respeito, foi também mencionada apenas uma vez: *"(...) estamos a ganhar alguma cultura do risco quer seja para o cliente quer seja para o próprio profissional."*(E5).

No que se refere à área temática das estruturas, esta foi mencionada por quase todos os enfermeiros gestores embora uns incidissem mais sobre Recursos Humanos, outros sobre Estruturas ou Recursos Materiais e alguns sobre elementos que se coadunam com a Estrutura Organizacional. No entanto, alguns conseguiram reunir no seu discurso todos estes elementos: *"Para mim, a segurança do cliente engloba várias áreas desde a estrutura, recursos humanos dos profissionais e equipamentos. São um conjunto de fatores que têm de estar reunidos: estruturas adequadas, equipamentos adequados, pessoal formado, não haver más práticas, cumprir com todos os procedimentos que estão estipulados, de todas as orientações,, isto contribui para que um serviço seja seguro."*(E12).

A importância da estrutura para a prestação de cuidados "é baseada no pressuposto de que boas condições prévias têm mais probabilidade de conduzir a um melhor processo de cuidados e a melhores efeitos ou consequências." (FERREIRA, 1991). Os enfermeiros gestores descreveram todas as dimensões incluídas neste elemento de avaliação de qualidade identificado por Donabedian (2003), demonstrando conhecimento e

preocupação com este fator da qualidade. Além disso, estabeleceram uma relação deste fator com a segurança.

### 3.2. Considerando o processo

De acordo com a teoria de Donabedian (2003), o processo compreende as práticas que se desenvolvem entre profissionais de saúde e população na prestação de cuidados de saúde e que envolve: diagnóstico, planeamento dos cuidados, intervenção direta e indireta, relação terapêutica. O relatório *To Err Is Human* da IOM (1999) identificou, como uma das grandes causas da ocorrência de erros, os processos e condições de trabalho que levam os profissionais de saúde a cometê-los ou a não conseguir impedir que estes ocorram.

Na área do processo foram identificadas 3 categorias nos discursos dos enfermeiros gestores, nomeadamente: Boas Práticas, Estratégias e Gestão do Risco.

Em saúde, este é um tema que “tem merecido atenção de pesquisadores e profissionais de saúde, preocupados, especialmente, em identificar processos que se caracterizam como Boa Prática.” (PORTELA, 2000 p. 261). Boa prática, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007 p. 4), “advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objectivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos. São enunciados sistemáticos que têm em conta diversos parâmetros (legais, éticos, psicossociais e técnicos) e assentam tanto em avaliações, como em intervenções necessárias aos processos de cuidados e seus resultados.”. Na categoria de boas práticas os enfermeiros gestores expõem a importância dos enfermeiros atuarem com boa prática, isto é, baseada em evidência científica, no sentido de garantir os melhores resultados em segurança “(...) *atuar com boa prática (...) e tentar evitar eventos adversos, incidentes ou acidentes. A segurança de fazer uma boa prática e que não haja realmente esses incidentes que nos fogem ao controle devido à complexidade dos nossos clientes e da atuação diária, e relacionada com os recursos e com a intensidade do trabalho*”(E5).

Oliveira et al. (2014 p. 123) referem que “estratégias simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços” e identificaram estratégias para garantir a segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros prestadores de cuidados diretos de entre as quais a identificação de barreiras e oportunidades para um cuidado seguro (OLIVEIRA, et al., 2014).

A categoria Estratégias, quando mencionada, revela que, além de respeitar as boas práticas, é necessário adotar estratégias na prestação de cuidados que garantam a

segurança de todos: *“É um conjunto de (...)estratégias, de decisões que de alguma forma possam garantir-nos e aos outros utilizadores de que os cuidados cumprem determinadas regras, dentro do conhecimento formal.”*(E2).

A Gestão de Riscos implica o desenvolvimento de processos de prevenção de potenciais erros e de minoração dos seus efeitos contribuindo, desta forma, para a qualidade e segurança dos cuidados (FRAGATA, 2009). Sendo que a responsabilização pela gestão do risco clínico recai sobre os elementos de gestão até aos elementos da prestação de cuidados(RAMOS, et al., 2011). A categoria da gestão do risco mostra que uma boa parte dos enfermeiros entrevistados identifica que existem riscos no processo de prestação de cuidados e é necessário atuar de forma a minimizá-los: *“Tomar consciência de que estar numa instituição hospitalar acarreta uma série de riscos que os nossos clientes têm quando são internados e nós enquanto profissionais também, não é só estar em alerta máximo quando há uma campanha de um diagnóstico, mas no dia-a-dia nos cuidados prestados.”*(E5).

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

### 3.3. Contribuindo para os resultados

O objetivo da prestação de cuidados de saúde é contribuir para a melhoria da condição de saúde da população. Avaliar os resultados da prestação de cuidados é avaliar as mudanças do estado de saúde da população resultantes dessa prestação de cuidados. (PORTELA, 2000). Donabedian (2003) refere ainda que no âmbito dos resultados são avaliadas mudanças no estado de saúde das populações, dos seus comportamentos e conhecimentos de saúde e ainda a satisfação do cliente com o atendimento de saúde e com os resultados obtidos. Neste sentido, foi possível identificar duas categorias no ramo dos resultados: a Satisfação dos Clientes e a Prevenção de Incidentes/Erros.

Um estudo realizado em 12 países da Europa e Estados Unidos conclui que a qualificação do pessoal de enfermagem e a qualidade do ambiente de trabalho têm uma forte influência na qualidade, segurança e satisfação do cliente (AIKEN, et al., 2012). Anteriormente, a WHO (2003) tinha já desenvolvido uma proposta de avaliação e monitorização da função de prestação de serviços de saúde da qual faz parte, entre outros, a avaliação da satisfação dos clientes. Esta foi identificada pelos enfermeiros gestores como condição de segurança para os cuidados seguros: *“A segurança no serviço é a garantia de prestação de cuidados de*

*enfermagem de acordo com (...) as expectativas do cliente e os resultados vão de encontro às expectativas do cliente.”(E6).*

A Segurança segundo a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional para a Segurança do Doente é definida como a minimização do risco de causar prejuízos desnecessários no processo de prestação de cuidados (DGS, 2011). Assim, quando um serviço é avaliado quanto à sua segurança, são avaliados os resultados da prestação de cuidados, nomeadamente quanto a ocorrência de erros.

Na categoria de Prevenção de Incidentes/Erros, os enfermeiros gestores consideraram que os resultados se evidenciam pela redução de eventos adversos/erros: *“Consideraria um serviço seguro aquele que em termos de resultados das avaliações (...) de incidentes ou de situações adversas nos satisfazem em termos de resultados.”(E6).* Há ainda a referência à importância de cumprir os objetivos do serviço mas não trazendo prejuízo ao cliente: *“Primeiro um serviço que cumpra as funções para que está pré-estabelecido, há uma série de funções que são esperadas e são expectáveis pelos cidadãos de um serviço e que (...) se não lhe resolvem o problema, não lhe criem problemas acrescidos.”(E8).*

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

Em síntese, podemos dizer que o modelo utilizado explica o desenvolvimento dos discursos dos participantes uma vez que os três elementos básicos referidos por Donabedian (2003) foram expressos de forma clara, além de suportar alguns dos aspectos da relação da qualidade com a segurança, particularmente quando falamos de condições de segurança.



#### 4. A SEGURANÇA COMO UMA EXIGÊNCIA DE MONITORIZAÇÃO

---

A segurança dos clientes e profissionais é um dos alicerces do modelo clássico da governação clínica e deve ser encarada como um valor de aferição da atividade de organizações de saúde. A sua concretização faz-se através da gestão do risco como estratégia para minimizar os riscos inerentes á prestação de cuidados de saúde, na perspectiva de todos os intervenientes. Assim, as organizações são responsáveis por implementar estratégias integradas e sistemáticas de gestão do risco implicando os seus colaboradores na identificação, análise, avaliação e monitorização dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. (MS, 2010)

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

A monitorização assume desta forma um papel importante na gestão do risco. No entanto, não há uma única variável que possa ser usada para monitorizar a saúde, e a saúde não pode ser medida diretamente (KESZEI, et al., 2010).

O enfermeiro gestor, como indica no regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor (D.R, 2015), gere o risco clínico e não clínico. Devem desenvolver, promover e acompanhar processos de avaliação e monitorização no âmbito da segurança dos serviços e conhecer os instrumentos disponíveis para assim interpretar os dados por estes fornecidos. Face à questão colocada em entrevista sobre que estratégias utilizam para a monitorização da segurança do cliente/ dos enfermeiros, os enfermeiros gestores coincidiram nos discursos pelo que foram identificadas quatro categorias: escalas, indicadores, satisfação do cliente e auditorias (figura 6).



Figura 6 - Categorias identificadas no âmbito da Monitorização

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

A alusão à utilização de escalas como instrumento de monitorização da segurança nos serviços verificou-se no discurso de oito entrevistados que referiram diferentes escalas, nomeadamente a Tridis, a Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), a escala de Morse e a escala de Braden.

A Tridis é uma escala de avaliação rápida e não invasiva de identificação de disfagia resultante de uma revisão sistemática da literatura. Esta escala contribui para a segurança do cliente na medida em que procura identificar níveis de disfagia e desta forma prevenir as suas complicações como a aspiração e pneumonia. Está implementada no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, mas carece ainda de validação. (CARDOSO, et al., 2011)

A escala TISS foi também referida, tratando-se de uma escala de avaliação de quantificação da carga de trabalho de enfermagem que está validada e é muito utilizada em Unidades de Cuidados Intensivos portuguesas e de todo o mundo (SEVERINO, et al., 2010). Esta escala contribui para a segurança dos enfermeiros na medida em que permite identificar excessos de carga de trabalho que podem comprometer a segurança dos profissionais.

A Escala de Queda de Morse, amplamente referida pelos participantes, é uma escala de avaliação do risco de queda já validada para Portugal e muito utilizada nos serviços de internamento portugueses (COSTA-DIAS, et al., 2014). As quedas são uma causa importante de morbilidade e mesmo mortalidade, por esse motivo a avaliação do risco e monitorização das quedas é fundamental para a segurança do doente pois permite sinalizar situações de risco e implementar medidas preventivas (MS, 2010). Trata-se de um indicador de segurança do cliente em contexto hospitalar e é também um indicador sensível aos cuidados de enfermagem (COSTA-DIAS, et al., 2014).

Os enfermeiros gestores entrevistados referiram ainda a escala de Braden que é uma escala de avaliação do risco de úlcera de pressão já validada para Portugal (FERREIRA, et al., 2007). À semelhança das quedas, as úlceras de pressão são um indicador de segurança do cliente e também ele sensível aos cuidados de enfermagem. Contudo os enfermeiros gestores entrevistados referiram algumas dificuldades de acesso aos dados resultantes da aplicação das escalas e da sua correta aplicação: *“a monitorização do risco de queda e do risco de*

*úlceras de pressão, bem como a ocorrência das mesmas são importantes indicadores e, como estes dados estão já trabalhados, seria benéfico ter dados objetivos ao fim de um mês, ou de um trimestre ou semestre. Os últimos dados a que tive acesso não estavam maus mas podem melhorar e com esta entrada e saída de enfermeiros dificulta e até os próprios registos denunciam isso mesmo e havendo erros de registos pode enviesar o resultado” (E5).*

Outro recurso importante para a monitorização da segurança são os indicadores. A WHO (1998) define indicador como uma característica de um indivíduo, população ou ambiente que está sujeito a medição direta ou indireta e pode ser usado para descrever um ou mais aspetos da saúde de um indivíduo ou população em termos de qualidade, quantidade e/ou tempo.

Os indicadores de saúde têm como objetivos: definir os problemas de saúde pública num determinado momento, indicar mudanças no nível de saúde de uma população ou indivíduo ao longo do tempo, definir as diferenças na saúde das populações e avaliar em que medida os objetivos de um determinado programa estão a ser alcançados. Estes indicadores podem incluir medições de danos ou mesmo doenças que traduzam resultados dos cuidados de saúde, aspetos positivos da saúde, como a qualidade de vida ou expectativa de saúde, e comportamentos e ações de indivíduos que estão relacionados com a mesma. Podem também dar informação sobre condições sociais e económicas e de ambiente físico que influenciam a saúde, medidas de alfabetização e políticas públicas de saúde (WHO, 1998).

Em contexto hospitalar, os indicadores são a base para avaliar o desempenho dos serviços na prestação de cuidados permitindo comparações de dados no espaço e no tempo. Neste sentido além da necessidade de indicadores locais há a exigência premente de indicadores globais (PANEQUE, 2004).

O desenvolvimento de indicadores é exigente e impõe um conhecimento profundo da área da saúde, gestão em saúde, estatística e epidemiologia sendo que um bom indicador deve reunir um conjunto de quatro características:

- Validade: deve refletir informação para a qual foi criado;
- Confiabilidade: deve fornecer o mesmo resultado nas mesmas circunstâncias;
- Compreensibilidade: deve ser facilmente percebido o que se pretende avaliar;
- Simplicidade: na administração, execução e na explicação (PANEQUE, 2004).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2002 p. 191) definiu indicador como “Parâmetro, ou valor calculado a partir de parâmetros, fornecendo

indicações sobre ou descrevendo o estado de um fenómeno (...)” e ainda que se trata de “(...) uma ferramenta de avaliação entre outras; para captar-se todo o seu sentido, os indicadores devem ser interpretados de maneira científica e política. Devem, com a devida frequência, ser completados com outras informações qualitativas e científicas, sobretudo para explicar factores que se encontram na origem de uma modificação do valor de um indicador que serve de base a uma avaliação” (OCDE, 2002 p. 204). Trata-se de um instrumento de avaliação que pode fornecer dados essenciais aos elementos gestores da saúde fundamentando as medidas e iniciativas no âmbito da segurança do cliente.

Neste sentido, a importância dos indicadores para a segurança dos serviços é evidente nos discursos dos enfermeiros gestores: *“indicadores clínicos, nós vamos tendo acesso nomeadamente o nº de infeções associadas ao cateter venoso central, as infeções nosocomiais, todos esses indicadores nos dão feedback.”* (E10).

Atualmente defende-se que “a boa gestão hospitalar reclama centralidade inequívoca do doente” (MS, 2010 p. 18). Concordando com este pressuposto, a WHO (2003) tem vindo a desenvolver um trabalho sobre avaliação do desempenho dos sistemas de saúde cuja matriz para a avaliação e monitorização da função de prestação de serviços de saúde inclui a satisfação dos clientes.

Considerando ainda que os cuidados de saúde têm como objetivo melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades, é natural que a opinião dos pacientes constitua um dos principais indicadores (PANEQUE, 2004). Além disso a avaliação da satisfação do cliente é importante porque se relaciona intimamente com os resultados em saúde na medida em que um cliente insatisfeito pode não cumprir as recomendações médicas com compromisso da sua saúde e influencia na procura de cuidados de saúde em doença futura (WHO, 2003).

Tem-se verificado um contínuo desenvolvimento de programas e instrumentos de avaliação da satisfação do cliente com diferentes escalas de avaliação (PANEQUE, 2004). Todavia, a avaliação dos cuidados de saúde do ponto de vista do paciente nem sempre traduz a qualidade e segurança com que os cuidados foram prestados. Para Donabedian (2005) a validade de todos os fenómenos traduzidos em indicadores de qualidade dependem, em última instância, da relação entre a realização da saúde e a satisfação do paciente (DONABEDIAN, 2005). O indicador de satisfação dos clientes foi um indicador individualmente referido como muito importante nas entrevistas realizadas embora, nos seus discursos seja pouco explanado, nomeadamente, o inquérito aplicado.

À semelhança dos indicadores, as auditorias são instrumento de apoio à gestão. Consiste num método de avaliação sistemática dos cuidados prestados com o objetivo melhorar os mesmos e implica que haja protocolos instituídos na organização (BUGADA, 2006). A

Estrutura Conceptual da Classificação para a Segurança do cliente define auditoria como um ciclo de atividades que visam a medição dos cuidados prestados, a comparação com um padrão (protocolos e linhas orientadoras) com o intuito de implementar medidas de melhoria contínua (DGS, 2011).

De acordo com Burgada (2006 p. 32) o processo de auditoria clínica implica:

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

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

Vários autores referem a importância e necessidade da realização de auditorias internas e externa para conhecer realidades relativas à segurança dos cuidados de saúde (BRUNO, 2010) (FRAGATA, 2009). Estas foram amplamente identificadas pelos entrevistados e é referida a sua importância, nomeadamente a necessidade de reflexão face aos resultados: *“fazemos auditorias, embora sejam a nível institucional, são feitas em todos os serviços e os resultados são enviados para os enfermeiros para haver uma reflexão”* (E4). É referido ainda que com as auditorias há mudanças de comportamentos: *“há muitos processos que têm sido cada vez mais auditados, vamos passar a fazê-lo também nas áreas de identificação dos clientes que acho que é importante começarmos a auditar isso porque depois temos tido mais algum cuidado”* (E8). Mencionam ainda que as auditorias são instituídas de forma padronizada, organizada e sob orientações superiores: *“Estamos a fazer auditorias, mas isso são tudo indicações que vêm da direção enfermagem, e que são transversais.”* (E2).

No cômputo geral, os discursos de participantes face a monitorização da segurança no serviço centrou-se mais na segurança dos clientes e menos na segurança dos enfermeiros.

Relativamente às escalas, os enfermeiros gestores foram muito vagos apenas referindo que são aplicadas nos serviços mas pouco exploraram a mais-valia que representam para a segurança dos serviços. De salientar ainda que apenas uma das escalas referidas diz respeito à segurança dos enfermeiros. No que se refere a indicadores, apenas foram referidos indicadores respeitantes à segurança do cliente. A referência às auditorias foi mais aprofundada que as restantes categorias revelando um maior envolvimento nestes procedimentos.

## 5. A CULTURA DO ERRO NA VISÃO DO GESTOR

---

“Errar é humano”, sendo um lugar-comum, não deixa de ser um facto, pelo que o erro está inerente a todo o processo de prestação de cuidados podendo ocorrer eventos assistenciais que resultam em dano ou potencial dano.

O erro é uma “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.” (DGS, 2011 p. 15). Compreende ainda todas as situações em que o planeamento e execução dos cuidados de saúde não atingem o resultado desejado (DGS, 2011). Na tabela 3, veja-se clarificado outros conceitos segundo a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (DGS, 2011).

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

Tabela 3 - Definições no âmbito do erro. Fonte: Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (DGS, 2011)

Os erros constituem compromisso da segurança do cliente o que se considera um problema de saúde pública e por isso deve ser objeto de preocupação e atuação concertada em



da revelação sem culpabilização e a aprendizagem em torno dos erros, que devem ser lideradas no terreno e em proximidade (FRAGATA, 2010).

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

Da análise dos dados obtidos nas entrevistas aos enfermeiros gestores, em resposta à questão “Quando é identificada alguma falha relacionada com a segurança, qual o procedimento que adota?”, identificaram-se oito categorias (codes). Estas, de acordo com a sua natureza sistémica ou individual, distribuíram-se por duas grandes áreas temáticas (families), articulando-se com a proposta de Reason referente aos dois tipos de abordagem ao erro (figura 8).

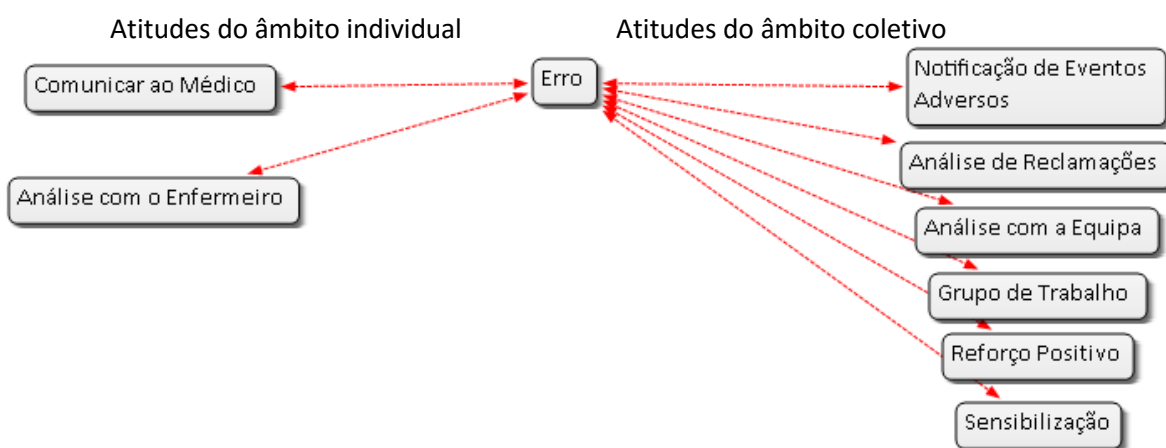


Figura 8 - Categorias identificadas no âmbito do Erro

### 5.1. Abordagem Individual

No paradigma individual os profissionais que prestam cuidados diretos ao cliente, portanto os elementos periféricos do processo de cuidados, são os mais responsabilizados pelo erro. A avaliação de cada evento opera-se isoladamente e tem por base as premissas de que cada pessoa é livre de escolher entre condutas seguras ou inseguras e que os erros resultam de produções mentais anormais como o esquecimento, desmotivação, desleixo, negligência ou imprudência (REASON, 2000).

Nos discursos de abordagem individual dos enfermeiros gestores evidenciaram-se duas categorias: Análise com o Enfermeiro e Comunicar ao Médico.

A Análise com o Enfermeiro foi mencionada nas respostas de seis enfermeiros gestores como forma de atuar perante um erro identificado “se é individual e reiterado fala-se com esse colega” (E8). Está subentendido nestas citações que o enfermeiro envolvido tem de

alguma forma de responsabilidade no erro ocorrido: *“Se houver um erro de um enfermeiro, é chamado para avaliar o tipo de erro, se for um erro furtivo, um erro que aconteceu uma única vez, se foi uma falha por desconhecimento, e aí tentar estratégias para resolver e evitar que se volte a repetir.”* (E4). Esta abordagem individual é justificada pela necessidade de conhecer a situação do ponto de vista do enfermeiro envolvido e tem como finalidade descobrir o mecanismo do erro: *“Se for uma situação em que o impacto e o risco são menores para o cliente, sou capaz de falar pessoalmente com a pessoa. Regra geral, fazer sempre uma análise do que aconteceu, tentamos sempre perceber qual o mecanismo, é a técnica geral de resolução de problemas”* (E2).

Embora mantendo um discurso de análise individual com o enfermeiro envolvido, direcionam as estratégias para um modelo coletivo presente neste excerto de entrevista: *“a minha primeira abordagem será sempre a identificação da falha, a abordagem ao profissional e a reflexão crítica com ele e a correção do procedimento. E depois a supervisão para ver se ele muda ou não, ao mesmo tempo fazer a análise se foi com aquele profissional ou se as condições em que aconteceu irão promover que outros profissionais cometam o mesmo”* (E10). Assim, se num primeiro momento é evidente uma filosofia causa/efeito individual, a grande maioria dos entrevistados menciona atitudes tomadas em coletivo através de procedimentos ou esclarecimentos aos enfermeiros da equipa: *“Ao nível da dinâmica do serviço, fazemos uma análise da situação com as pessoas envolvidas e habitualmente quando é necessário fazer alguma alteração em termos de procedimento, o mais fácil é enviar e-mail a todos os enfermeiros para terem conhecimento da alteração da situação”* (E6).”

Ainda em contexto individual, houve a referência à Comunicação ao Médico: *“Essencialmente, temos feito a partilha e avaliamos qual o risco para o cliente, se existir risco para o cliente, tentamos logo seguir o procedimento que é comunicar ao médico, se for o caso”* (E4). Apesar de figurar na abordagem individual, ela não é punitiva. No entanto, não previne situações futuras, tratando-se apenas de uma medida corretiva ou limitação das possíveis consequências danosas para o evento em concreto.

A crença na contribuição individual para o erro é o alicerce da cultura de culpabilização. Esta “forma tradicional de actuar em torno dos erros desperta um ciclo do medo, que leva a que ninguém deseje revelar ou ficar associado ao cometimento de um erro, passando a encobrir, sempre, novos erros” (FRAGATA, 2010 p. 567). Esta cultura deve evoluir para uma cultura aberta e frontal na abordagem ao erro num sistema de aprendizagem focado nas causas e sistemas (ALAHMADI, 2010).

É de salientar que em momento algum houve no discurso de qualquer enfermeiro gestor, de forma direta ou indireta, referencia a atitudes penalizadoras ao enfermeiro envolvido, o que se afigura benéfico para uma cultura não punitiva, aberta e que favorece a divulgação transparente de eventos.

## 5.2. Abordagem Sistémica

Já a abordagem sistémica reconhece que os seres humanos são falíveis e portanto os erros são esperados. Os erros são encarados como consequência e não como causa e a sua origem resulta de condicionantes sistémicas a montante e não tanto da perversidade da natureza humana. Não podendo a condição humana ser alterada, deve-se atuar sobre as condições de trabalho, melhorando-as, e desta forma prevenir o erro (REASON, 2000).

Nesta abordagem ao erro foram identificadas seis categorias: Análise com a Equipa, Grupo de Trabalho, Sensibilização, Notificação de Eventos Adversos, Análise de Reclamações e Reforço Positivo.

A estratégia de avaliação mais vezes identificada pelos enfermeiros gestores é a Análise com a Equipa, tendo sido 9 os enfermeiros que a mencionaram. Este processo de envolvimento da equipa de enfermagem no processo de gestão do erro espelha uma visão mais aberta: *“Quando falo em trabalho de equipa, refiro-me essencialmente a haver partilha de tudo aquilo que se vai passando no serviço, ou seja, de uma maneira geral fazer com que as pessoas sempre que há alguma situação, digamos que uma inconformidade ela seja falada abertamente, para se poder em conjunto resolver. Isso é fundamental!”* (E4). Constata-se assim que há uma visão não punitiva de abordagem ao erro, não fazendo deste um assunto tabu dentro da equipa: *“É trabalhar essa falha, não há que esconder da equipa que aconteceu, é trabalhar em conjunto”* (E3). Desta forma todos podem dar o seu contributo quer na análise do ocorrido quer na elaboração de estratégias preventivas: *“fazer uma reflexão na passagem do turno, que é sempre um momento de privilégio, onde fazemos a análise, o que correu mal, o que poderemos de imediato alterar”* (E11). Não foi mencionado se, nesta metodologia de equipa o enfermeiro envolvido no evento teria a sua identidade revelada ou não. Este facto demonstra que, na prática, ainda não há a preocupação com o anonimato de quem notifica, não estando salvaguardada a identidade do enfermeiro envolvido. Por outro lado, pode revelar que a cultura não punitiva, por si só, salvaguarda o enfermeiro envolvido ao ser discutido abertamente o tema sem que o mesmo enfermeiro se sintam penalizado por isso *“é preciso que haja uma cultura de*

*discutir isto em reuniões de trabalho para que as pessoas não achem que é uma denúncia”* (E3).

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

A este respeito, alguns enfermeiros abordaram a dinamização de um Grupo de Trabalho na gestão do erro e do risco de erro: *“Tenho duas enfermeiras direcionadas para estas situações, são elas as coordenadoras de cuidados. Fazemos em conjunto sempre uma análise (tentar perceber porque é que falhou? Mecanismo transversal á equipa) para encontrar uma solução e reunimos todos e depois se dá o processo de sensibilização”* (E2) verificando-se que as iniciativas proactivas de dinamização da equipa ainda são reduzidas apesar de essa área ser identificada como carente de investimento.

Quanto à Sensibilização, já referida na última citação, apenas foi mencionada por um enfermeiro gestor como estratégia de prevenção de futuros eventos adversos. Uma organização que pretenda aumentar a consciencialização sobre segurança deve desenvolver iniciativas no sentido de sensibilizar para o risco, através de campanhas que recorram a várias formas de comunicação (cartazes, folhetos e brochuras, formação...), desta forma pretendendo-se dotar todos os profissionais de competências e conhecimentos para questões da segurança e gestão do risco (HOPKIN, 2010).

A Notificação de Eventos Adversos revelou-se uma preocupação para todos os enfermeiros gestores entrevistados: *“como não temos evidência, falamos de percepções. E percepções não é igual a evidência. Quando tivermos o registo de eventos adversos, possivelmente, já teremos alguma evidência. Esse registo vai ser e é sempre anónimo, vai ser feito no local, no serviço, naquela hora, mas quem vai identificar não é o chefe mas um núcleo. Vão ser nomeados enfermeiros que fazem a análise das notificações, e vão tentar saber o que se passou sem identificar o serviço. Eles sabem mas é segredo profissional”* (E11). Houve ainda manifestação da intenção de iniciar a notificação de erros a título individual dentro do próprio serviço: *“foi-nos dito que iriam avançar com um módulo feito aqui pelo nosso sistema informático. Os nossos informáticos não o têm feito. Vamos ter de avançar, se calhar, a título individual do serviço”* (E8) e houve quem já tivesse iniciado o processo: *“criamos uma folha anónima no computador para não haver reconhecimento de letras, não é identificada a pessoa, que chegaria posteriormente a mim. Não interessava saber quem foi a pessoa, interessava analisar o episódio e depois procurarmos saber o que poderemos fazer para que não volte a acontecer e tem havido pouca adesão”* (E5).

Em Portugal, a Direção Geral da Saúde, respeitando as orientações da Organização Mundial de Saúde e da Comissão Europeia tem implementado diversas iniciativas de promoção da notificação de incidentes nomeadamente a publicação de normas e orientações, de manuais de apoio para os profissionais de saúde e para o cidadão e publicação de newsletters com reporte do progresso do sistema de notificação de incidentes de segurança. Este é denominado atualmente, de “notific@” e foi requalificado em 2014 com integração de melhorias na sua estrutura e na organização de conteúdos. Além disto, um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Clientes 2015-2020 é “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes” (Despacho n.º 1400-A/2015 p. 3882).

Contudo, houve apenas relato de um enfermeiro gestor a mencionar o registo de notificações no sistema nacional de notificação de incidentes: *“Recorro à Plataforma Registo de Incidentes/Eventos Adversos. Procuo implementar uma cultura de segurança, uma cultura aberta e justa que estimula os profissionais a falar sobre os seus próprios erros”* (E1).

Demonstra-se desta forma, que a Notificação de Eventos Adversos é do conhecimento dos enfermeiros gestores e está no seu calendário, a curto e médio prazo implementar no serviço embora, por outro lado não haja adesão evidente: *“Quanto ao registo desse elemento adverso ainda não é uma prática comum neste serviço, vamos começar a instituir e deve existir um registo não punitivo, que é o que se defende, mas não o fazemos”* (E4).

Com esta investigação percebe-se que o conhecimento dos enfermeiros gestores sobre a Notificação de Eventos Adversos é atual e de acordo com a filosofia voluntária, não punitiva e anónima, mas ainda não aplicada na prática dos serviços.

Das vantagens da Notificação de Eventos Adversos, foi reconhecida pelos entrevistados a aprendizagem com os erros. A WHO (2005) refere que a notificação de eventos adversos permite conhecer os erros que ocorrem e aprender com estes, permite investigação na área e formulação de recomendações de mudanças nos sistemas para melhoria da segurança. Tem como principal objetivo o aumento da segurança, sendo indissociável da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Por esse motivo, é uma área importante e deve ser objeto de investimento, implementação e desenvolvimento (WHO, 2005).

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

O que também se verificou com a Análise de Reclamações: *“Agora temos um registo muito atualizado sobre as reclamações feitas pelos clientes para garantir que alguns procedimentos podem ser melhorados”* (E8). Respeitando uma visão estratégica sistémica, através das exposições dos clientes ou familiares, podem identificar-se erros e desenvolver medidas para prevenir outros semelhantes no futuro. Além disso, vai de encontro aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”* (OE, 2001 pp. 13-14).

Também relatado uma única vez foi o Reforço Positivo: *“Infelizmente, o profissional de saúde não se vê a ser elogiado, vê-se a ser repreendido, (...) essa cultura do reforço negativo para passar para o reforço positivo é difícil. Eu tento, mas depois o ritmo de trabalho é de tal maneira que se evidenciam os pontos fracos e é preciso falar sobre eles (...) e criei um grupo de trabalho com avaliações sistemáticas de alguns procedimentos para sinalizar as coisas que estão bem-feitas (...) Até porque se faz mais vezes bem do que mal, mas o mal sobressai e é o que necessita de intervenção e mudança. Mas é esperado (..) que ande em cima e chame a atenção do que está errado”* (E5). Testemunha-se preocupação legítima com a cultura de culpabilização e suas consequências procurando estratégias para promover a mudança cultural e incrementar a adesão à notificação do erro. Estas estratégias assumem importância na medida em que cada *“instituição deve procurar agir não punindo o profissional, mas buscando perceber o que o levou ao erro, no que ela pode mudar ou colaborar para uma assistência devida aos pacientes.”* (FERREIRA, et al., 2014 p. 68). E assim se edifica uma cultura de segurança robusta e pró-ativa que inclui: compromisso da liderança na aprendizagem com os erros, documentação da segurança do cliente, promoção do espírito de equipa, identificação de potenciais riscos e recurso a sistemas de comunicação e análise de eventos adversos (ALAHMADI, 2010).

Perante a análise dos dados obtidos podemos verificar que se vive um período onde convivem a abordagem individual e sistémica. Se por um lado ainda se analisa cada evento de forma individual responsabilizando direta ou indiretamente o profissional envolvido mesmo sabendo que esta cultura incentiva o medo e a subnotificação, por outro lado, as ações implementadas pelos enfermeiros gestores privilegiam a abordagem sistémica: *“não interessava saber quem foi a pessoa, interessava analisar o episódio e depois procurarmos saber o que poderemos fazer para que não volte a acontecer e tem havido pouca adesão”* (E5).

Comprova-se, portanto, que é premente a necessidade de implementar, promover e desenvolver a cultura de segurança no meio organizacional intra-hospitalar e no seio de cada equipa de forma a garantir o sucesso da adesão à notificação e a partir daí desenvolver ações de prevenção de incidentes futuros (CORREIA, et al., 2017). “A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde” (MS, 2015 p. 3882).



## 6. PILARES LEGISLATIVOS PARA A SEGURANÇA

---

Portugal, à semelhança de outros países, assumiu inicialmente a qualidade como prioridade em saúde, onde se incluía a segurança. Posteriormente dedicou-se isoladamente à segurança como área de intervenção. Paralelamente, com a implementação e desenvolvimento de reformas, políticas e iniciativas, tem-se verificado um impacto e uma evolução expressiva nos indicadores de saúde como a esperança média de vida e a mortalidade infantil (DGS, 2016).

As questões relacionadas com a qualidade foram ganhando protagonismo na agenda política nacional e em 1999 surgem duas estruturas com ela relacionadas: o Conselho Nacional da Qualidade (CNQ) e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

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

O IQS foi criado no âmbito da portaria n.º 288/99 de 27 de Abril do Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar normas e estratégias de melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Portaria n.º 288/99). No mesmo ano é celebrado o protocolo com o King's Found Health Quality (KFHQS) que tem como principais objetivos cooperar nos processos de acreditação voluntária de hospitais públicos, proceder ao desenvolvimento de metodologias e normas de acreditação validadas para a realidade portuguesa e reconhecidas pelo KFHQS e promover o desenvolvimento de projetos de investigação direcionadas para a melhoria da qualidade. Ainda em 1999, cinco hospitais aderiram ao programa de acreditação do KFHQS e em 2000 um total de 12 instituições de saúde celebraram os mesmos contratos (PISCO, et al., 2001).

Em 2001, a Ordem dos Enfermeiros (OE) deu o seu contributo para a qualidade dos cuidados de saúde com a definição e divulgação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem com seis enunciados descritivos: a Satisfação do Cliente, a Promoção da Saúde, a Prevenção de Complicações, o Bem-estar e o Autocuidados, a Readaptação Funcional e a Organização dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

A Satisfação do Cliente figura entre os padrões de qualidade uma vez que reflete, ainda que subjetivamente, o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente no processo de prestação de cuidados, a empatia que se estabelece na

relação com o cliente, o envolvimento do cliente e conviventes significativos no mesmo processo, o empenho do enfermeiro no sentido de minorar as conseqüências negativas decorrentes das mudanças de ambiente no processo de prestação de cuidados (OE, 2001).

A atuação dos enfermeiros inicia-se com a Promoção da Saúde, representado este, um padrão de qualidade que compreende um conhecimento das condições de saúde, recursos do cliente, família e/ou comunidade, desenvolvimento de iniciativas promotoras de estilos de vida saudáveis, através do acompanhamento de processos adaptativos de fases de vida a promoção do potencial de saúde do cliente com disponibilização de conhecimentos importantes para o efeito (OE, 2001).

A Prevenção de Complicações ganha a sua importância enquanto padrão de qualidade dado o papel essencial dos enfermeiros nos cuidados de saúde prestados à população os quais devem, por isso, identificar precocemente problemas potenciais para o cliente. Dentro das suas competências para prescrever, implementar e avaliar intervenções, os enfermeiros, têm como finalidade evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis, desempenhar as suas funções com o respeito pelo rigor técnico científico, identificar e referenciar situações problemáticas a profissionais de outras áreas da prestação de cuidados de saúde, supervisionar atividades delegadas que são da responsabilidade do enfermeiro e assumir responsabilidade profissional pelas decisões que toma, pelas ações que opera e que delega (OE, 2001).

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

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

Por fim o enfermeiro respeita os padrões de qualidade quando contribui para maximizar a eficácia da Organização dos Cuidados de Enfermagem.

Essenciais aqui, são: a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade; a existência de um sistema de registos de enfermagem que agregue sistematicamente dados

sobre as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem; a satisfação dos enfermeiros face à qualidade do exercício profissional; dotações de enfermagem adequadas em quantidade e qualidade; a formação contínua, dos mesmos, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (OE, 2001).

Em 2006 dá-se a extinção do IQS pelo Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro (Decreto-Lei 212/2006). Por sua vez o Departamento da Qualidade na Saúde é criado em 2009 pela Portaria n.º 155/2009, de 16 de Fevereiro assumindo as competências do extinto IQS e com o intuito de promover a cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do cliente através da coordenação de programas de melhoria contínua da qualidade, coordenação de programas de promoção da segurança nos cuidados de saúde, definição de indicadores da qualidade e da segurança e respetiva monitorização, determinação e monitorização de indicadores de satisfação de clientes e profissionais de saúde, desenvolvimento e divulgação de normas de boas práticas, supervisão e coordenação do sistema de acreditação (Portaria n.º 155/2009).

Mais recentemente, foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014 que deu lugar à homónima 2015-2020 pelo Despacho n.º 5613/2015 de 27 de Maio cuja missão é assegurar que as funções governativas, de coordenação e ação local compreendam efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão e desta forma potenciar e reconhecer a qualidade e segurança dos cuidados de saúde no garante do respeito dos direitos dos clientes. Neste sentido estabelece as seguintes prioridades estratégicas: enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições, melhoria da qualidade clínica e organizacional, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço da segurança dos clientes, reforço da investigação clínica, monitorização permanente da qualidade e segurança, divulgação de dados comparáveis de desempenho, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde, informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Despacho n.º 5613/2015).

Com o crescente protagonismo da segurança do cliente na agenda nacional, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Clientes (PNSD) 2015-2020 pelo Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro que "(...)obriga ao envolvimento das responsabilidades de governação, de coordenação e da prática operacional da prestação de cuidados, visando a convergência metodológica dos diversos dispositivos existentes que contribuem para a gestão dos riscos associados à prática dos cuidados" (Despacho n.º 1400-A/2015 pp. 3882-(2) ). Propõe-se

apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na implementação de metodologias e na definição de objetivos e metas que contribuam para a gestão dos riscos inerentes ao processo de prestação de cuidados, reconhecendo que a segurança do cliente é uma responsabilidade sistémica e envolve a gestão de todas as atividades. Através de iniciativas transversais como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e atuações sobre problemas identificados, visa melhorar a prestação de cuidados de saúde seguros de forma integrada. Desta forma define nove objetivos estratégicos e respetivas ações representando um forte suporte à gestão na saúde, nomeadamente (tabela3):

**Tabela 4- Objetivos estratégicos e respetivas ações do PNSD 2015--2020**

<p>1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar na avaliação da cultura de segurança do cliente nos hospitais.</li> <li>• Participar na avaliação da cultura de segurança do cliente nos cuidados de saúde primários.</li> <li>• Monitorizar a adesão das instituições.</li> <li>• Implementar medidas de melhoria nos hospitais de acordo com os resultados obtidos</li> <li>• Implementar medidas de melhoria nos cuidados de saúde primários de acordo com os resultados obtidos.</li> <li>• Desenvolver plano de formação de serviço na área da segurança dos clientes.</li> <li>• Incluir a média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do cliente nos contratos programa.</li> </ul>
<p>2. Aumentar a segurança da comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar ações de sensibilização e de informação ao cidadão</li> <li>• Realizar auditorias internas à transferência de informação nas transições, transferências e altas dos clientes.</li> <li>• Integrar os sistemas informáticos internos das instituições prestadoras de cuidados de saúde. Assegurar a intercomunicação dos sistemas informáticos entre as várias instituições prestadoras de cuidados de saúde.</li> <li>• Publicar norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados.</li> </ul>
<p>3. Aumentar a segurança cirúrgica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilizar o sistema de registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em todos os blocos operatórios.</li> <li>• Registar a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.</li> <li>• Auditar, mensalmente, a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em, pelo menos, 10% do total de</li> </ul>

	<p>cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir a taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica institucional nos contratos programa</li> </ul>
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicar normas sobre práticas seguras da medicação</li> <li>• Desenvolver sistema de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do Serviço Nacional de Saúde.</li> <li>• Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o Notific@.</li> <li>• Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.</li> <li>• Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco.</li> <li>• Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica.</li> <li>• Assegurar informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas.</li> <li>• Auditar, semestralmente, as práticas seguras da medicação.</li> </ul>
5. Assegurar a identificação inequívoca dos clientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar práticas seguras no âmbito da verificação entre a identificação do cliente e o procedimento a realizar.</li> <li>• Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do cliente e a colheita de sangue ou outros espécimes para análise e a identificação correta do cliente na rotulagem.</li> <li>• Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do cliente e a administração de sangue e seus componentes e a identificação correta do cliente na rotulagem.</li> <li>• Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do cliente e a administração de medicamentos.</li> <li>• Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do cliente e a administração de tratamentos oncológicos.</li> </ul>
6. Prevenir a ocorrência de quedas;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicar norma sobre a prevenção e redução da ocorrência de quedas.</li> <li>• Implementar estratégia de intervenção para a prevenção e redução de quedas.</li> <li>• Auditar, semestralmente, as práticas para a prevenção e redução de quedas.</li> </ul>
7. Prevenir a	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicar norma.</li> </ul>

ocorrência de úlceras de pressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão</li> <li>• Auditar, semestralmente, as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão.</li> </ul>
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no Notific@.</li> <li>• Analisar as causas dos</li> <li>• Implementar medidas preventivas de recorrência de incidentes</li> <li>• Auditar, semestralmente, as práticas realizadas na análise de incidentes.</li> </ul>
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar as infeções associadas a cuidados de saúde, o consumo de antibióticos em ambulatório e em meio hospitalar e a resistência a antibióticos.</li> <li>• Reportar anualmente à Direção-Geral da Saúde os resultados das monitorizações realizadas.</li> </ul>

Adaptado do PNSD 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015)

As principais políticas e estratégias nacionais contribuíram e continuam a contribuir para a segurança do cliente e, neste sentido, os pilares legislativos configuram-se fundamentais para a segurança em saúde, elemento basilar para os órgãos e iniciativas da gestão em saúde.

Os enfermeiros gestores quando questionados acerca da aplicação da legislação sobre segurança em saúde nos respetivos serviços referiram vagamente que cumpriam a legislação em vigor. Uns não responderam à questão, ou referiram que já o foram fazendo ao longo da entrevista, *“Vai de encontro ao que já referi”* (E2) ou remeteram para protocolos em aprovação: *“Nós temos alguns procedimentos protocolados, tanto para auxiliares como para enfermeiros.”* (E9), foi ainda referido que *“Estamos a fazer formação nessa área”* (E4). Todavia foi possível identificar 5 categorias nos discursos dos enfermeiros gestores que responderam à questão, nomeadamente: PNSD 2015-2020, Normas e Orientações da DGS, Padrões de Qualidade, Comissão da Qualidade e Segurança do Doente e ainda Falhas na legislação (Figura 9).

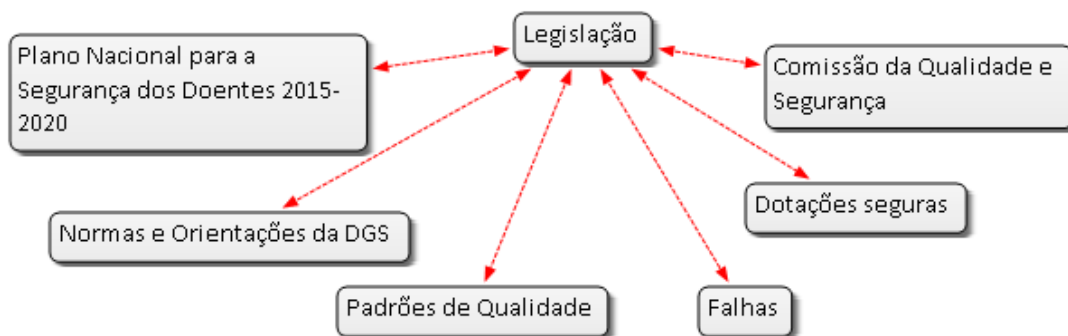


Figura 9 - Categorias identificadas no âmbito da legislação

A Categoria PNSD 2015-2020 foi apenas identificado no discurso de um Enfermeiro gestor: *“temos agora o plano nacional de segurança do cliente que saiu agora em Fevereiro, Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, que já está direcionado para essas temáticas não há nada que inventar e elas são a prioridade do ministério e têm que ser a nossa prioridade e eu concordo perfeitamente com elas”* (E10). Representando um importante avanço no âmbito da segurança do cliente seria de esperar que fosse referido pelos restantes entrevistados. No entanto, importa sublinhar que as entrevistas se realizaram entre Fevereiro e Maio de 2015 e o PNSD foi publicado em Diário da Republica em Fevereiro de 2015.

A categoria Normas e Orientações da DGS foram referidas por dois entrevistados como suporte legal para a segurança do cliente: *“Acho que há uma preocupação do serviço em cumprir as (...) normas da Direção Geral de Saúde e há a vontade de implementar mais ferramentas mas isto é um caminho que precisa de ser percorrido e ainda há muito percorrer.”*(E10).

A Categoria Padrões de Qualidade foi identificada no discurso de um enfermeiro gestor: *“Procuramos (...) ir de encontro aos padrões de qualidade dos cuidados de saúde.”*(E1), no entanto não identificou precisamente como Padrões de Qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros considerando-se, todavia subentendido.

A referência à Comissão da Qualidade e Segurança do Cliente surge em 3 entrevistas: *“Em termos de legislação algumas coisas já estão mais ou menos definidas pela “qualidade”(...)”* (E6). O que demonstra o funcionamento desta unidade em colaboração com os serviços. As comissões da qualidade e segurança surgiram através do Despacho n.º 3635/2013, de 7 de Março, para hospitais, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde com a missão de promoverem as melhores práticas clínicas e fomentarem uma cultura de segurança. Fazem parte das suas funções a elaboração de planos de ação anuais e

respetivos relatórios que descrevam o planeamento de atividades respeitando as prioridades definidas na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde bem como dos objetivos estratégicos do PNSD (Despacho n.º 3635/2013).

A Categoria das Dotações Seguras foi referida por alguns entrevistados, mas apenas um referiu como não cumprimento: *“As dotações vão muito mal, ainda há pouco tive o apoio da ordem que veio cá e nós estávamos muito, muito mal dotados, agora estamos a fazer um esforço mas ainda nos faltam muitos enfermeiros”* (E5). Sobre esta matéria a Ordem dos Enfermeiros viu aprovada por maioria, com alterações, na Assembleia Geral Ordinária a Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado em D.R. o Regulamento 533/2014 de 2 de Dezembro de 2014. Desta forma foi formalmente reconhecida a importância das dotações seguras para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Regulamento nº 533/2014) .

No que diz respeito a Falhas identificadas pelos enfermeiros gestores no âmbito legal para a segurança dos clientes, foram mencionadas falhas por um enfermeiro gestor: *“Existem falhas na legislação e o estado não exige a ele próprio ao contrário do privado.”* (E7), nomeadamente falhas relativas à falta de legislação sobre casas de banho preparadas para pessoas com deficiência no espaço hospitalar: *“por muito que o Estado o legisle, o Estado também falha. Lá fora uma senhora tem de ter uma casa para deficientes. Aqui no internamento, não temos uma casa para deficientes (...) Num hospital, isto é grave.”* (E7), e falhas na legislação acerca da calibração e manutenção de equipamentos: *“os próprios equipamentos que temos, não é preciso calibrar, nem a lei exige que sejam calibrados os equipamentos. A própria lei permite estas coisas, é verdade!”* (E7). Referiu ainda que estas lacunas têm sido reportadas aos órgãos superiores de gestão.

Os enfermeiros gestores entrevistados demonstraram um discurso reduzido sobre o suporte legal relativo à segurança nos seus serviços. Por outro lado, demonstraram saber onde procurar colaboração neste âmbito – Comissão da Qualidade e Segurança do Doente - organismo responsável pela dinamização desta temática nas respetivas instituições. Todavia, no que se refere a legislação de segurança do enfermeiro apenas se referiram a dotações seguras, todas as restantes categorias identificadas remetem para a segurança do cliente.

## 7. ÁREAS PRIORITÁRIAS NA SEGURANÇA NO SERVIÇO

Reconhecida a importância da relação entre a gestão e a segurança do cliente, importa conhecer que áreas os enfermeiros gestores privilegiam no desempenho da sua função para promover a segurança nos serviços pelos quais são responsáveis. Ao procurar conhecer quais os focos de atenção dos entrevistados, poderemos compreender melhor a sua atuação. Tendo em consideração que a segurança dos clientes está intrinsecamente ligada à segurança dos enfermeiros, pareceu-nos essencial conhecer, para além das áreas prioritárias na segurança do cliente, as da segurança do enfermeiro num serviço hospitalar do ponto de vista dos enfermeiros gestores.

### 7.1. Segurança do cliente

Quando questionados sobre quais áreas consideram prioritárias para a segurança dos clientes os enfermeiros gestores alargaram-se no discurso face a questões anteriores e mostraram-se mais confiantes e seguros. Foram identificadas onze áreas prioritárias que se traduzem nas seguintes categorias: Comunicação, Cirurgia segura, Segurança do medicamento, Identificação do cliente, Quedas, Úlceras de pressão, Risco de infeção, Dotações seguras, Boas práticas, Controlo de visitas e Estrutura (Figura 10).



Figura 10 - Categorias identificadas no âmbito das áreas prioritárias na segurança dos clientes

Durante um período de necessidade de cuidados de saúde, um cliente pode ser atendido por diversos profissionais de diferentes especialidades podendo ainda ser transferidos entre serviços ou mesmo instituições. Desta forma, a comunicação em saúde ocorre entre profissionais, entre equipas de cuidados ou entre profissionais e cliente/família permitindo a continuidade de cuidados. A comunicação indireta refere-se a transferência de informações entre um tipo de organização de saúde para outra ou da organização de saúde para o domicílio do cliente. A falha na comunicação tem vindo a ser apontada como uma das principais causas dos eventos notificados (WHO, 2007 b).

Enquanto área prioritária, a comunicação foi identificada por três enfermeiros gestores que referiram ser essencial *“Obter uma relação de confiança entre os profissionais. Melhorar a comunicação entre os mesmos que falha muito.”* (E2), mencionando o compromisso da segurança quando esta não é eficaz: *“(…) a transmissão de informações nas passagens de turno, (…) não é muito fácil fazer passagem de clientes quando muitos estão em corredores com uma quantidade brutal de clientes, não é muito fácil passar a informação com segurança.”* (E8). Foi ainda incluída a comunicação com o cliente: *“(…) não só a comunicação entre profissionais - a comunicação de informação clínica, (…) a comunicação entre o profissional e o cliente e entre profissional e cuidador, é ver a forma como o cliente entende o cuidado, entende o procedimento e apreende e interioriza a sua responsabilidade no seu tratamento quer quando está no internamento quer quando vai para casa porque depende muito do sucesso da comunicação a orientação do cliente para evitar a recaída ou para terminar o seu tratamento em sucesso.”* (E10). Esta está mencionada no PNSD 2015-2020 como um dos seus objetivos estratégicos: o aumento da segurança da comunicação, desta forma, faz sentido que figure no leque de áreas prioritárias de intervenção dos enfermeiros gestores.

De acordo com dados da WHO (2008 a) a taxa de incidência de eventos adversos relacionados com cirurgia é de 48% e afeta cerca de 2% de todos os clientes hospitalizados. Dois enfermeiros gestores identificaram a cirurgia segura como área prioritária, o que se prenderá com a natureza dos serviços que têm à sua responsabilidade, pelo que se compreende que não seja referido pelos restantes entrevistados. Quando mencionam cirurgia segura referem-se especificamente à iniciativa: *“cirurgias seguras salvam vidas implementando uma checklist um protocolo implementado pela Direção Geral de Saúde em que o cliente não segue para o bloco se não estiver a lista preenchida devidamente. (...)Com isto temos evitado cancelamento de cirurgias porque identificamos e atuamos atempadamente”* (E5).

Os enfermeiros gestores ao identificarem esta área prioritária cumprem o PNSD 2015-2020 que contempla como objetivo estratégico aumentar a segurança cirúrgica. Além disso, de acordo com a norma 02/2013 de 12/02/2013 e atualizada a 25/06/2013 o projeto "Cirurgia Segura, Salva Vidas", em consonância com o manual "Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009" é de aplicação obrigatória em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde (OMS, 2009) (DGS, 2013 b). Este projeto inclui o preenchimento de uma checklist em três fases: antes da indução anestésica, antes da incisão da pele e antes de o paciente sair da sala cirúrgica. Estima-se que a aplicação da mesma tem um custo reduzido e que necessita de um total de 3 minutos para a sua aplicação. Os objetivos da OMS são: reduzir a morbi-mortalidade dos clientes cirúrgicos dotando as equipas cirúrgicas e administração hospitalar de um padrão de cirurgia segura e instituir um instrumento de avaliação universal (OMS, 2009).

Também a categoria da segurança do medicamento está contemplada no PNSD 2015-2020 e foi reconhecida como área prioritária por treze dos catorze enfermeiros gestores entrevistados reunindo o maior volume discursivo de todas as categorias: "*Nós os enfermeiros sempre estivemos preocupados com a segurança, nomeadamente com os fármacos e tentámos sempre prevenir o erro com a administração terapêutica, isso vem de há muitos anos.*" (E2). Nos seus relatos foi possível perceber que há um conhecimento da evidência atual sobre os erros medicamentosos: "*(...) está relatado (...) que há erros, nós temos vários fatores intervenientes no erro aqui, (...), a visita que está a decorrer, não temos uma sala própria para preparar a medicação, as pessoas não respeitarem (...), nós termos os telemóveis connosco a tocar, (...), somos interrompidos pelos nossos colegas, pelos assistentes operacionais, pelos médicos (...) mais aquele que é inerente a mim, que eu sou uma pessoa que posso errar(...)*" (E11). Apresentam ainda outro problema relacionado com a medicação que se prende com a semelhança das ampolas: "*Ao nível da medicação há outros problemas complicados que aparecem, que também as entidades nacionais não querem entender é que as ampolas estão cada vez mais parecidas, com fármacos completamente distintos com identificações que geram bastante confusão.*" (E8). No entanto nada foi referido acerca de medidas tomadas nestas situações. A Norma nº 020/2014 de 30/12/2014, atualizada a 14/12/2015 define que as instituições de saúde são responsáveis por implementar medidas de segurança face a medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, internacionalmente denominados Look Alike, Sound-Alike (LASA), oferecendo neste sentido linhas de orientação (DGS, 2014 b). Para além da identificação de problemas inerentes à segurança do medicamento foram relatadas iniciativas de implementação de estratégias neste âmbito: "*temos alertas nas*

*portas para os familiares não interromperem quando o enfermeiro está a preparar a medicação, esse é um projeto de gestão de risco, tem dois dinamizadores.”* (E13) e afirmando mesmo que *“é uma das áreas em que primeiro começamos a trabalhar, quer na questão da gestão de stocks de medicamentos, quer na identificação do medicamento de forma a reduzir os riscos, portanto todos os procedimentos relacionados com o medicamento (...). Já trabalhamos a questão dos carros de emergência, na elaboração de uma norma referente ao carro de emergência, na sequência da norma que foi elaborada pela instituição.”* (E6). Este foco de intervenção da gestão está identificado estatisticamente: uma taxa de incidência de eventos adversos relacionados com a medicação de 7,5% a 10,4% (WHO, 2008 a).

A falta de identificação inequívoca dos clientes, de acordo com WHO (2007 a) contribui em larga escala para erros de medicação, erros de transfusão, erros em exames, procedimentos em pessoas erradas, entrega de bebés a famílias que não são as suas. Entre Novembro de 2003 e Julho de 2005, a Agência Nacional de Segurança do Paciente do Reino Unido, cit. por WHO (2007 a) , registou 236 quase-eventos e quase eventos relacionados com a falta de pulseiras ou pulseiras com informações incorretas. A Identificação do cliente foi referida por quatro enfermeiros gestores como prioritária embora em discursos breves: *“a identificação do cliente conforme está na norma do procedimento”* (E11) demonstra que estão implementadas medidas de avaliação: *“Nós temos algumas auditorias ao serviço, nomeadamente a identificação dos clientes com a pulseira”* (E9). Esta categoria mais uma vez respeita as indicações do PNSD 2015-2020 no objetivo estratégico de assegurar a identificação inequívoca dos clientes.

As Quedas em internamento ocorrem cerca de 4,8 a 8,4 por 1000 clientes (WHO, 2008 a). Também abrangida no PNSD 2015-2020, a prevenção da ocorrência de quedas também foi referida, desta vez por, seis enfermeiros gestores que enumeraram a queda como foco de intervenção prioritário, referindo mesmo a importância do registo e acompanhamento de resultado de auditorias: *“(...) está implementada no serviço (...) a vigilância das quedas (...) que já estão no nosso padrão de documentação (...) e temos os resultados das auditorias (...)”*(E11).

A Úlcera de Pressão enquanto elemento de atenção prioritário foi referida por quatro dos entrevistados: *“Temos as úlceras de pressão que é uma prioridade que eu dou muito valor nomeadamente aqui no Serviço (...)”* (E E10). A taxa de incidência de Úlceras de pressão é de 10% a 14% (WHO, 2008 a) e mais uma vez está contemplada no PNSD 2015-2020 no objetivo estratégico de prevenção da ocorrência de úlceras de pressão.

Risco de Infecção

O risco de infeção, também abrangido pelo PNSD 2015-2020 no objetivo estratégico: prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, evidenciou-se uma preocupação nos discursos de três enfermeiros gestores entrevistados que, no entanto, incidiram mais em situações de contexto de infeções diagnosticadas/conhecidas e não tanto enquanto foco de atenção com intuito preventivo: *“quando percebemos que há um cliente infetado tentamos colocá-lo em (...) isolamento possível, mas às vezes as condições físicas não permitem que sejam as condições de isolamento as melhores, mas tentamos. Em relação ao pessoal tentamos sempre utilizar os equipamentos de proteção individual, os EPIs, sempre que achamos conveniente.”* (E9) manifestando apreensão sobre as reais condições de trabalho: *“quando temos clientes com infeções multirresistentes há um cuidado redobrado no manuseamento, nos pensos, mas depois as contingências, o ritmo de trabalho e a organização, muitas vezes não é tão seguro quanto a gente desejava.”* (E5). Esta área prioritária justifica-se pela elevada taxa de incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde que varia entre 5% a 10% (WHO, 2008 a).

As dotações seguras representam também uma preocupação de três enfermeiros gestores no que se refere à segurança dos clientes: *“Mesmo até em termos de recursos humanos, está bem que estamos a trabalhar as dotações da Direção Geral de Saúde, (...), mas eu penso que se conseguíssemos tirar mais partido informaticamente, dos registos de enfermagem se calhar também nos ia ajudar nas dotações seguras.”* (E9).

Um enfermeiro gestor enumerou boas práticas como uma preocupação: *“Boas práticas sempre me preocuparam”* (E2). A prática baseada na evidência e as boas práticas são temas muito atuais e reconhecidamente fundamentais para a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde prestados (OE, 2001). Boas Práticas são definidas como práticas, clínicas, científicas e/ou profissionais baseadas na evidencia e reconhecidas pela maioria dos profissionais de uma área específica (DGS, 2011).

Também apenas um enfermeiro gestores referiu o controlo de visitas como foco prioritário de atenção para a segurança dos clientes: *“ (...) qualquer pessoa entra no hospital a qualquer hora, ninguém o interpela a perguntar o que vai fazer, aonde vai, e se são horas para ir ou não (...) Estes clientes, pedem silêncio, pouca luz, sossego, mas depois, acabam por nem ter isso (...) ”* (E7) referindo mesmo que *“Os coordenadores de turno por vezes pedem aos familiares que saiam mas eles são livres de o fazer e por vezes complicam a prestação de cuidados e depois a nível de segurança é complicado. ”* (E7). Neste âmbito, a Lei n.º 15/2014 de 21 de Março, que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do cliente dos serviços de saúde, refere especificamente o direito de acompanhamento nos serviços de urgência do SNS (Serviço Nacional de Saúde), à mulher

grávida internada, a crianças internadas em estabelecimento de saúde, bem como a pessoas com deficiência, a pessoas em situação de dependência e a pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida. Refere ainda que em situações de violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito, os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto do cliente e determinar a sua saída do serviço (LEI N.º 15/2014). No entanto nada refere acerca de horários de visita ou como é feito esse controlo e por quem.

Por fim, cinco enfermeiros gestores enunciaram a estrutura como tema prioritário para a segurança do cliente: *“Nas nossas instalações nada é de raiz, existem muitas falhas, muitas coisas são improvisadas. Há constantemente avarias, estas têm de ser reportadas para serem logo resolvidas. É um ponto de risco.”* (E3), sendo unânimes ao considerarem que *“Basicamente, temos uma estrutura física antiga, apesar de terem sido reestruturados quartos de banho e quartos, temos espaço reduzido, precisávamos de mais quartos e mais quartos de banho.”* (E14). As instalações físicas estão incluídas no elemento estrutura que faz parte do modelo de avaliação da qualidade de Donabedian (2003), como referido em capítulos anteriores. Os entrevistados confirmam que se estas não respondem às necessidades de segurança pode estar em causa o funcionamento do serviço.

As áreas prioritárias identificadas pelos enfermeiros gestores, refletem preocupação com eventos adversos com maiores taxas de incidência e com as causas descritas como mais significativas para a ocorrência de eventos adversos. Além disso, as áreas prioritárias identificadas, incluíram sete dos nove objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020, deixando de fora a cultura de segurança do ambiente interno bem como a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes. Esta última temática foi referida quando questionados especificamente sobre o assunto, exposto anteriormente no âmbito da abordagem ao erro.

## 7.2. Segurança do trabalhador

A segurança do trabalhador enquadra-se no âmbito da Saúde Ocupacional (SO) também denominada Saúde e Segurança no Trabalho, que tem como objetivos a prevenção de riscos profissionais, proteção e promoção da saúde do trabalhador, garantindo ambientes de trabalho saudáveis que previnam ou diminuam a exposição do profissional a fatores de risco (DGS, 2014 a) (DGS, 2013 a).

De acordo com a DGS (2014 a) os órgãos de gestão de cada instituição hospitalar são responsáveis por definir e instituir um conjunto de medidas formalmente divulgadas no âmbito de segurança e saúde ocupacional, dotando os serviços de SO de enquadramento, suporte organizacional e objetivos para a sua organização e atuação.

Este tema ganha especial relevância no âmbito da segurança hospitalar no sentido em que não podem ser prestados cuidados de saúde seguros, se os profissionais de saúde não estão também eles em segurança. Portanto, assegurar a saúde, bem-estar e segurança dos trabalhadores é um direito dos mesmos representando um dever para as entidades empregadoras mas também condição sine qua non para garantir cuidados de saúde de qualidade e seguros às populações (DGS, 2014 a).

É de notar que a prática profissional de enfermagem acarreta um conjunto de riscos acrescidos, em comparação com outras áreas profissionais que se prendem com a natureza da sua atividade e do ambiente em que se desenvolve, expondo os enfermeiros a riscos que não podem ser ignorados pelos elementos da gestão, devendo ser tomadas medidas preventivas, de monitorização e correção.

O risco profissional pode ser definido como “a probabilidade de ocorrência de lesão ou efeito adverso na saúde do trabalhador e sua gravidade, resultante da exposição profissional” (DGS, 2014 a p. 15). Um profissional de saúde tem 1,5 vezes mais probabilidade de desenvolver doenças profissionais que profissionais de outros ramos de atividade e, assim, demonstra-se essencial para uma gestão eficaz para a segurança, que haja uma avaliação efetiva dos riscos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros (MS;ARSLVT, IP, 2010).

Um estudo epidemiológico sobre os acidentes de trabalho nas instituições públicas de saúde portuguesas, entre 2009 e 2010, refere que foram notificados nesse período 11906 acidentes, dos quais, 92,3% teve origem hospitalar. A maior incidência recaiu no género feminino, com 82,3%, no grupo etário entre os 25 e 29 anos (19,9%), no grupo profissional de enfermagem (37,4%) e em trabalhadores com horário rotativo (60,1%) (MARTINS, 2014). O mesmo estudo descreve como principais causas a picada de agulha (27,3%), quedas (17,6%) e esforços físicos excessivos ou inadequados (17,6%). Refere ainda que 38,5% das situações originaram absentismo com 154 182 dias de trabalho perdidos com um custo de 5 120 175 € (MARTINS, 2014).

Tendo isto em linha de conta, importa conhecer a perspetiva dos enfermeiros gestores face às áreas que consideram prioritárias na segurança do cliente e, neste âmbito, foi possível identificar 12 categorias: Acidentes de Serviço, Riscos Biológicos, Ergonomia, Violência,

Quedas, Burnout, Pausas Laborais, Satisfação, Comunicação, Controlo de visitas, Dotações Seguras e Estrutura (figura 11).

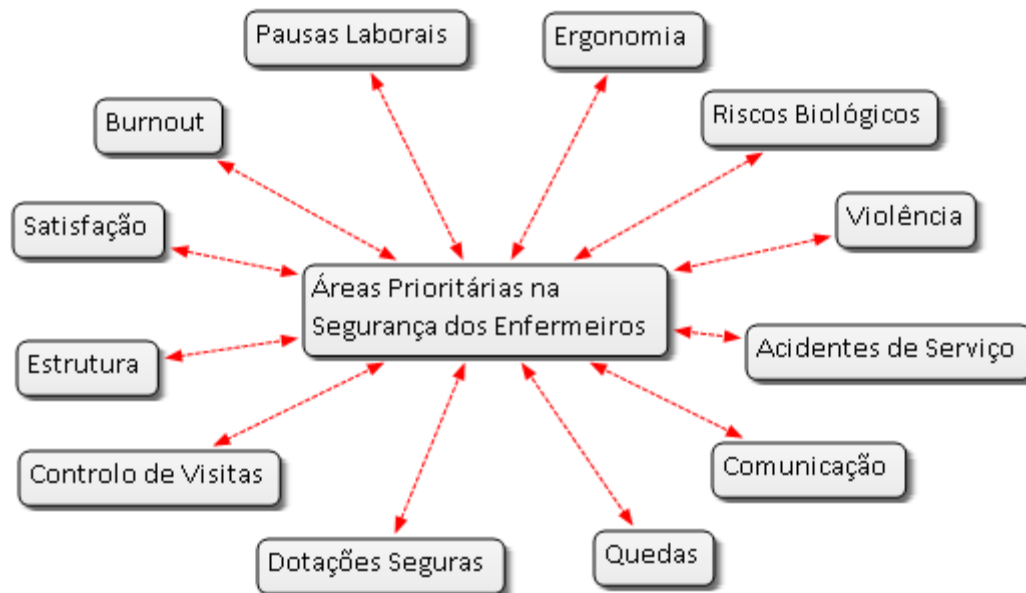


Figura 11 - Categorias identificadas no âmbito de áreas prioritárias da segurança dos enfermeiros

Os riscos profissionais podem ser agrupados em cinco tipos (MS;ARSLVT, IP, 2010):

- Fator de risco biológico: vírus, fungos e bactérias que podem causar doença;
- Fator de risco físico: de natureza física como é o caso de radiação, vibrações ou ruídos;
- Fator de risco químico: fatores de natureza química como formaldeído, citostáticos, produtos de limpeza, gases anestésicos;
- Fator de risco relacionado com trabalho ou atividade: fatores relacionados com postura e atividade física inerente à atividade laboral;
- Fator de risco psicossocial: inclui todas as situações relacionadas com stress.

Os Riscos Biológicos foram identificados como área prioritária, três enfermeiros gestores a referiram e houve quem mencionasse a extensão dos riscos às pessoas que rodeiam o enfermeiro: *“a infeção hospitalar também diz muito em relação aos enfermeiros, também somos todos pessoas e também precisamos de nos prevenir e de nos precaver sobre certas infeções e sobre certos riscos que corremos e que também a nossa família acaba por correr através de nós. Acabamos também por pôr em risco a saúde da nossa família.”* (E9).

Cinco entrevistados mencionaram a Ergonomia como foco prioritário de atenção: *“A área prioritária é claramente a área da gestão de esforços. A maior parte dos problemas que*

*temos prende-se com lombalgias de esforço. Temos uma quantidade grande de pessoas com problemas, com limitações que são impostas pela medicina do trabalho, que também a ergonomia dos postos de trabalho não é a melhor (...) e exige esforço acrescido, temos de deslocar por dia macas em quantidades industriais com pessoas extremamente pesadas, com muitos problemas a nível da ergonomia e fica em causa a segurança dos profissionais.”* (E8) outro acrescentou ainda que *“doenças osteoarticulares como lombalgias, são um problema frequente, com incidência significativa e consequências significativas no absentismo dos enfermeiros”* (E6). Manifestaram ainda preocupação com estratégias, recursos existentes e o seu adequado uso no sentido de prevenir problemas ergonómicos: *“utilizar adequadamente os equipamentos para minimizar esforços, principalmente com os clientes mais obesos e que nos exigem mais esforço, depois, estimular a equipa para evitar procedimentos menos adequados e sensibilizar para as posições corretas e como tenho uma equipa mista em termos de género e de idades e há um envolvimento dos mais seniores para se interiorizar as posturas corretas e utilização correta de equipamentos para mobilizar corretamente os clientes mais difíceis, os clientes que exigem mais esforço”* (E5). Neste âmbito, os enfermeiros entrevistados mostraram-se muito sensíveis, proactivos, e expressaram estratégias de intervenção como a supervisão: *“sou especialista de reabilitação, como tal sempre me preocupei com a falta de ergonomia e segurança no trabalho. Uma das minhas prioridades não é só garantir cuidados seguros ao cliente, é de facto garantir um ambiente de prestação de cuidados seguros em termos de profissionais para prevenir o risco, além da supervisão, sempre que vejo uma atitude inadequada, eu corrijo na hora. Preocupa-me (...) ter meios que possam proporcionar condições de trabalho e prevenir o risco para os profissionais.”* (E2), e a formação: *“Tem muito a ver com as posturas corretas, nomeadamente nas nossas áreas médicas, tem a ver com a necessidade de formação teórica e prática no posicionamento dos clientes e ergonomia.”* (E13). A categoria Ergonomia tem subjacente o risco relacionado com trabalho, com postura e atividade física inerente à atividade laboral.

A Queda foi apenas citada mas o enfermeiro gestor em causa não explicou em que sentido representa um elemento prioritário na segurança dos enfermeiros, no entanto depreende-se que se referiria a quedas dos enfermeiros.

A Violência evidenciou-se no discurso de um entrevistado que expôs o problema *“das lesões por visitas e por clientes, agressões verbais e físicas e ameaças que leva a baixas do foro psiquiátrico em que as pessoas têm medo de vir trabalhar.”* (E9), referindo falhas no sistema no que concerne à defesa do profissional: *“quando existe algum problema de conflito com alguma família, nós temos de chamar o segurança (...), ele é só mais uma*

*pessoa, não tem autoridade, não é polícia, não está armado, é só mais uma pessoa que é um segurança, que não tem também legitimidade e autoridade social para exercer qualquer coação sobre um terceiro.” (E9). Alertou ainda para a necessidade de uma cultura de notificação, participação e responsabilização face a situações de violência: “Aquilo que não é prática, é que nós devíamos poder participar de familiares, e podemos, e a instituição, (...) que tem cá uma advogada, devia participar judicialmente sobre alguns familiares e alguns clientes que nos agridem. E nós ainda não temos essa cultura, mas é possível.” (E9). Na sua entrevista relatou também para situações de violência entre profissionais: “porque já tivemos aqui casos de profissionais que agridem outros profissionais no local de trabalho”(E9). Esta categoria demonstra que os enfermeiros gestores estão atentos a fatores que contribuem, neste caso, para os riscos físicos e psicossociais dos profissionais que possam ter origem na violência no local de trabalho.*

Três enfermeiros gestores indicaram o Controlo de Visitas como essencial para a segurança dos enfermeiros, no contexto de mudança de paradigma que se vive atualmente no que se refere ao controlo das visitas: *“as correntes que existem é de que um hospital deve ser (...) o mais aberto possível, principalmente para os elementos de transferência para envolver os familiares no processo terapêutico do cliente e para integração mais eficaz no seio familiar e na sociedade (...) o problema que nós temos é que de facto as pessoas, quando estão no hospital, só têm direitos, não têm obrigações, e sabem tudo e o respeito pelos outros está de lado. É lógico que nós aí não estamos muito seguros” (E11), e neste contexto o enfermeiro fica desprotegido: “Atualmente no nosso serviço e no hospital entra qualquer pessoa sem ser realmente identificado. As pessoas não respeitam as regras e entram no serviço e já chegaram mesmo a intimidar um enfermeiro” (E7). Desta forma aumenta a responsabilidade do enfermeiro, como última barreira de controlo: “A questão das visitas e do relacionamento com o enfermeiro, o facto de não haver controlo, o que acabou por fazer passar essa responsabilidade para os enfermeiros e para o serviço. É uma questão a ter em consideração” (E6).* Esta área prioritária parte do princípio que o enfermeiro fica exposto física e psicologicamente quando não há um controlo de visitas efetivo, quer pelo risco físico, quer pelo sentimento de insegurança que contribui para aumento do risco psicossocial.

O Burnout enquanto área prioritária na segurança dos enfermeiros, foi apenas relatado por um enfermeiro gestor: *“Nos momentos críticos em que a prestação de cuidados é difícil por falta de condições e de recursos humanos, é uma insatisfação e frustração muito grande para o enfermeiro não poder prestar cuidados com a máxima qualidade mas fazer aquilo que é prioritário e isso cria frustração e desencanto com a própria profissão. Mas temos de*

*saber dar a volta e (...) e termos sempre em conta as condições para não entrarmos em burnout, se não ficamos muitos frustrados, porque efetivamente muitas vezes identificamos situações para as quais não temos capacidade humana de responder de outra forma que não aquela que priorizamos, mas tem-se melhorado.* “ (E5). O burnout está amplamente descrito e estudado e de acordo com Benevides-Pereira (2003) a pluralidade dos autores são consonantes em considerá-lo uma síndrome característica do meio laboral, que se trata de um processo de resposta à cronificação do stress ocupacional com efeitos negativos nas esferas individual, profissional, familiar e social. Este, de acordo com Maslach e Jackson (1981), é um fenómeno multifatorial que inclui: exaustão emocional (falha de recursos emocionais, sentimento de incompetência e incapacidade), despersonalização (sentimentos e atitudes negativas, indiferença, desenvolvimento de atitude cínica como resposta), falta de realização profissional (auto depreciação do trabalho, baixa auto-estima, culpabilização). Os seus efeitos traduzem-se em redução da produtividade e qualidade do desempenho profissional, aumento do absentismo, e de acidentes laborais, contribuição para uma imagem negativa da instituição bem como prejuízos financeiros (BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

Num domínio semelhante, a Satisfação dos Enfermeiros foi considerada prioritária: *“(...)porque se estiverem satisfeitos, aumenta a segurança deles.”* (E14) no entanto apenas foi referida uma vez sem grande exploração do tema.

Às duas últimas categorias identificadas, está presente o risco psicossocial. Um enfermeiro gestor, que tem como foco de atenção a satisfação dos enfermeiros e a prevenção do burnout, está a dar o primeiro passo na gestão deste risco.

A categoria de Acidentes de Trabalho foi identificada como prioritária para a segurança dos enfermeiros por dois enfermeiros gestores: *“Relativamente aos enfermeiros, uma das áreas é a questão dos acidentes em serviço.”* (E6), no entanto não se alongaram além de apenas a referir. O conceito de acidente de trabalho, que vigora na Lei nº 98/2009 de 4 de Setembro de 2009, é: *“aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte”* (LEI N.º 98/2009 p. 5894).

Os acidentes de trabalho, mas não só, nas suas consequências graves podem originar doença profissional, que é *“toda aquela que é produzida em consequência do trabalho, com evolução lenta e progressiva, que ocasione ao trabalhador uma incapacidade para o exercício da sua profissão ou a morte. São doenças nas quais o trabalho desempenha, fortemente, o papel de agente causal.”* (ARSLVT, IP, 2013 p. 16). O artigo nº 283 da lei nº7/2009 de 12 de Fevereiro, considera ainda que além das doenças que contam da lista

organizada e publicada em Diário da República, incluem-se toda e qualquer lesão corporal, perturbação funcional ou a doença que se provem consequência necessária e direta da atividade laboral exercida e não do normal desgaste do organismo (LEI Nº 7/2009)

Os riscos profissionais, materializados em acidentes de trabalho e doenças profissionais refletem-se em incapacidades, morbilidades e absentismo. O absentismo pode ser definido como o somatório dos dias de ausência de todos os efetivos excetuando-se os trabalhadores em regime de prestação de serviço e excluindo-se as faltas dos períodos de férias (ACSS, 2015). O absentismo é, muitas vezes, reflexo de ambientes de trabalho inadequados, de falta de condições de segurança, de condições de trabalho stressantes que provocam alterações físicas e psicológicas nos trabalhadores. Além disso, a falta de trabalhadores tem consequências para os restantes pois aumenta o volume de trabalho individual, criando uma sobrecarga adicional em cada trabalhador que ainda está em atividade e, por consequência, aumento o risco de acidentes de trabalho (LAUS, et al., 2008).

Assim sendo, os acidentes de trabalho têm consequências que produzem efeito no profissional em causa mas também para a organização e restantes profissionais, pelo que se justifica que constitua um foco de intervenção prioritário para os enfermeiros gestores.

Outro enfermeiro gestor referiu ainda as Pausas Laborais como prioritário: *“Devíamos ter mais espaços de convívio, ser obrigatório fazer pausas, era muito importante por termos um ambiente muito fechado onde lidamos com vários estratos sociais onde às vezes surgem alguns conflitos de interesses entre diferentes profissões (...). O que eu acho também complicado é a prática do horário de 12h neste contexto (...) muitas vezes aqui não temos hora de almoço, ninguém respeita a nossa hora de almoço (...) não temos horários.”* (E 12).

De acordo com o artigo nº 213 da lei nº7/2009 de 12 de Fevereiro “O período de trabalho diário deve ser interrompido por um intervalo de descanso, de duração não inferior a uma hora nem superior a duas, de modo a que o trabalhador não preste mais de cinco horas de trabalho consecutivo, ou seis horas de trabalho consecutivo caso aquele período seja superior a 10 horas.” (LEI Nº 7/2009)

Num total de seis referências, as Dotações Seguras reuniram mais consenso entre os enfermeiros gestores face à segurança do enfermeiro: *“Dotações seguras, acho que é prioritário porque não tendo dotações seguras temos riscos que estão mais do que identificados e provado que tem consequências (...)”* (E10), havendo mesmo menção das dificuldades em cumprir as mesmas face a oscilações durante o ano: *“Houve um grupo de trabalho que se debruçou sobre as dotações adequadas para o serviço. Essas dotações foram cumpridas. É claro que no Verão os parâmetros nem sempre foram cumpridos. Houve*

*alguma sobrecarga dos enfermeiros nessa época porque não havia autorização para contratações, a partir do momento que foram contratados estabilizamos e estamos a dar as horas em descansos porque os enfermeiros não quiseram ser pagos. Com os aumentos de afluência houve reforços (...)" (E8).*

Por fim, houve relato de preocupação prioritária com a Estrutura Física dos espaços onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional: *"(...)condições de trabalho que engloba a logística e a estrutura física do serviços acho que são áreas importantes."* (E10), outros enumeraram alguns problemas identificados: *"a ergonomia dos postos de trabalho não é a melhor (...), os locais onde é feito o posicionamento dos clientes e prestados os cuidados de higiene dos clientes nem sempre é o mais adequado e exige esforço acrescido"* (E8), *"O sistema de fogo não está ligado à central e temos clientes que fumam"* (E7).

A Comunicação foi referida como área prioritária para a segurança do enfermeiro, mas não foi explanada pelos entrevistados de que modo.

As áreas, identificadas como prioritárias para a segurança dos enfermeiros, além de estarem de acordo com os riscos profissionais descritos, também demonstram atenção aos acidentes de trabalho apontados como mais frequentes, como é a picada de agulha que se inclui nos riscos biológicos, as quedas e esforços físicos inadequados.

Importa sublinhar que os enfermeiros gestores entrevistados valorizam a segurança do enfermeiro embora nos seus discursos tenha sido dado pouco ênfase ao absentismo e doença profissional. Ainda assim, demonstraram conhecimento e sensibilização dos efeitos negativos das más condições de trabalho na segurança dos enfermeiros e reconheceram que, naturalmente a segurança dos enfermeiros se repercute na segurança dos clientes.

As categorias identificadas em áreas prioritárias dos clientes foram onze, dos enfermeiros treze e em comum verificaram-se seis categorias. Os discursos sobre prioridades na segurança dos clientes e enfermeiros apresentaram semelhanças ao nível da preocupação demonstrada pelos enfermeiros gestores e no conhecimento testemunhado sobre as mesmas. Demonstra-se assim que, para os entrevistados, nem a segurança do cliente se sobrepõem à segurança do enfermeiro nem vice-versa.



## 8. ESTRATÉGIAS DE GESTÃO PARA A SEGURANÇA

---

A norma International Standards Organization (ISO) 9001 de 2015 refere que a gestão da qualidade deve reconhecer a existência de riscos, o que implica a determinação dos mesmos. A identificação desses riscos deve servir de base ao planeamento e implementação de processos de gestão de qualidade (IPQ, 2015).

As organizações devem munir-se de estratégias para gerir o risco num ambiente que se caracteriza pela incerteza e pela permanente mudança. Torna-se importante desenvolver uma cultura organizacional de prevenção do risco que se entende por uma partilha de um conjunto de valores e princípios que irão contribuir para o diminuir, reduzindo assim a ocorrência de erros e suas consequências (HOPKIN, 2010).

Recentemente, a gestão de risco nas organizações tem vindo a desenvolver-se com o objetivo de prevenir erros ou eventos adversos. O que envolve uma eficiente gestão de recursos e atividades, o desenvolvimento da flexibilidade organizacional e a melhoria da capacidade da organização em lidar com situações de risco(DICKINSON, 2001).

A gestão do risco clínico tem como objetivo promover a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do cliente com a implementação de métodos de prevenção de potenciais erros, bem como minimizar os seus efeitos (FRAGATA, 2009).

A norma ISSO 9001:2015 refere que os riscos devem ser identificados, planeadas ações para os tratar e realizada uma avaliação da eficácia das mesmas, com o objetivo de atingir os objetivos pretendidos, incrementar os efeitos desejáveis, prevenir ou reduzir os efeitos indesejáveis e alcançar a melhoria. Essas medidas devem ser proporcionais ao potencial impacto da ocorrência do risco e incluem evitar os riscos, assumir o risco no âmbito da perseguição de uma oportunidade, eliminação da fonte do risco, alterar a probabilidade ou as consequências, se houver resolução de manter o risco, e partilhar essa informação (IPQ, 2015).

Os enfermeiros gestores, quando questionados sobre quais as estratégias a que recorrem no sentido de manter a segurança nos serviços, alargaram-se nos discursos e foram identificadas vinte categorias, das quais dez se relacionam com a segurança do cliente e enfermeiro, nove com a segurança do cliente, e uma com a segurança do enfermeiro (figura 13 e 15).

## 8.1. Estratégias de segurança do cliente

A National Patient Safety Agency (NPSA, 2007), no que se refere à gestão de risco dos clientes, defende 5 passos como metodologia de gestão de risco fácil e eficaz (figura 12).

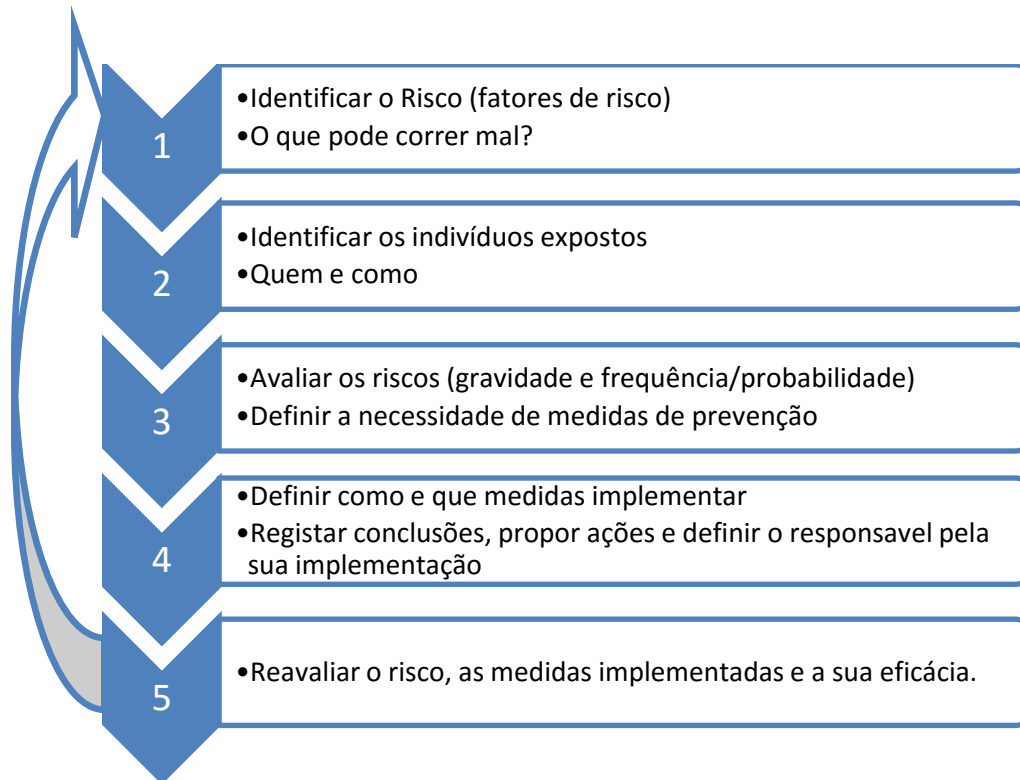


Figura 12 - Os 5 passos da gestão do risco da NPSA (Adaptado (NPSA, 2007))

1º passo – Identificar os riscos, como estes podem ocorrer e aprender com eventos passados. Concretamente, é necessário: Observar o local de trabalho ou área clínica e conversar com clientes e profissionais; descrever a actividade a ser avaliada/analísada e envolver a equipa multidisciplinar na análise do risco (NPSA, 2007).

2º passo – Determinar o número de clientes em risco de sofrer o potencial dano e a probabilidade de ocorrência tendo em consideração que existem clientes mais vulneráveis (NPSA, 2007).

3º passo - Determinar a gravidade do potencial dano e sua verosimilhança, bem como a necessidade de implementar medidas adicionais.

4º passo – Um sistema bem documentado é importante no suporte à gestão do risco espelhando a fundamentação da decisão de quais medidas implementar e como. Importa verificar se a análise do risco foi completa, se as medidas implementadas são eficazes, se o risco remanescente é aceitável e se as soluções são realistas, exequíveis e eficazes. Considerar ainda que é aceitável algum grau de risco se os benefícios superarem os riscos (NPSA, 2007).

5º passo – Reavaliar o risco sempre que há uma mudança significativa, quando se planeia alguma mudança e, rotineiramente uma vez por ano.

Nos discursos dos enfermeiros entrevistados foram identificadas 19 categorias sobre estratégias de gestão para a segurança do cliente das quais 9 foram identificadas exclusivamente no âmbito da segurança do cliente: Checklists, Comunicação, Gestão de Stocks, Sistema de Medicação Unidose, Sistema Gricode, Procedimentos, Método de Trabalho Individual, Verificação de Equipamentos e Registos Informatizados (figura 13).

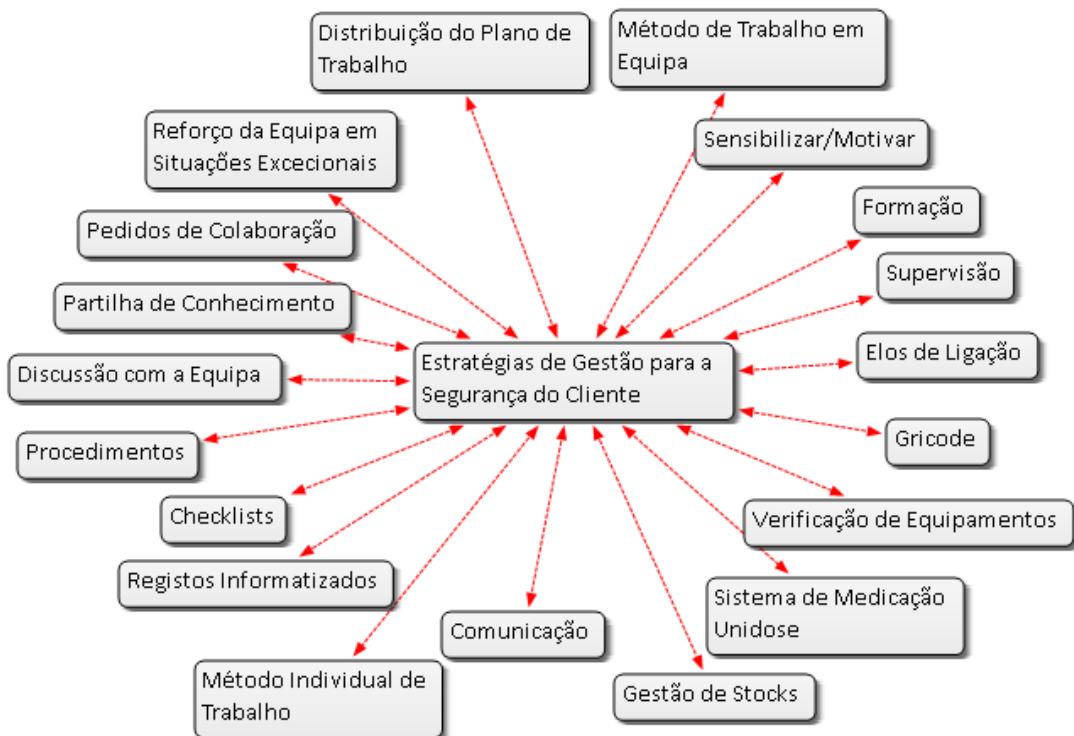


Figura 13- Categorias identificadas no âmbito da segurança dos clientes

A OMS (DGS, 2011)propõe a adoção de Checklists como uma das ações para reduzir o risco. As checklists foram identificadas como estratégia de segurança num total de cinco entrevistas, sendo referido que *“a segurança do cliente que é muito importante e que começa a ser uma preocupação grande, a cirurgia segura, as checklists que nós estamos a tentar colocar noutros aspetos para também haver uma sistematização porque depois a intensidade de trabalho leva a certas banalizações. Então a gente procura alguma sistematização (...)”*(E5), também foram referidas checklists aplicadas a funcionamento de equipamentos e materiais disponíveis: *“nós sempre fizemos checklists sobre todos os equipamentos, os aparelhos (...) de emergência são testados todos os dias, todos os carros de emergência, (...) são testados todos os dias, portanto existe um sistema de revisão dos*

*equipamentos mais utilizados” (E8) e checklists aplicadas a procedimentos: “Nós temos checklists de verificação desde a recepção do cliente , nos diferentes equipamentos, desde contagem de instrumentos, isso tudo contribui para a segurança”(E12). Esta estratégia de apoio ao trabalho permite a verificação mais metódica de elementos essenciais à segurança do cliente.*

A Comunicação é destacada como estratégia para a segurança nos discursos de cinco enfermeiros gestores: *“(...)tentar fazer uma comunicação eficaz e ouvir as pessoas”(E12), “(...) partilha de informação formal e informal de assuntos pertinentes e eu procuro também partilhar isso com a equipa e penso que se está a construir uma cultura da prevenção do risco de segurança do cliente e também, com alguma satisfação, da própria proteção dos clientes. ” (E5); além da comunicação de conhecimentos contribuir para a construção de uma cultura de segurança, também a comunicação de eventos adversos na equipa permite que todos contribuam para a sua resolução: “refiro-me essencialmente a haver partilha de tudo aquilo que se vai passando no serviço, ou seja de uma maneira geral fazer com que as pessoas sempre que há alguma situação, um evento adverso, ela seja falada abertamente, para se poder em conjunto resolver. Isso é fundamental!” (E4). Embora a transmissão de informação clínica possa dar origem a erros, como referido anteriormente, aqui a comunicação é referida como instrumento de segurança, quer do enfermeiro gestor para com a equipa quer entre profissionais e profissional-cliente. Nesse sentido, a WHO (2007 b) definiu nove soluções para a segurança do cliente, de entre as quais a comunicação, com recomendações para uma comunicação segura entre profissionais, com a família/cuidadores bem como com outras instituições.*

Enumerada quatro vezes, a Gestão de Stocks foi referida como estratégia de gestão para a segurança: *“o ajuste de stocks (...) aumento do consumo das batas de proteção, dos aventais, tudo isto são medidas para a segurança do cliente.”(E11), ainda a gestão específica de stocks de medicamentos: “A área da segurança do medicamento é uma das áreas em que primeiro começamos a trabalhar, quer na questão da gestão de stocks de medicamentos quer na identificação do medicamento de forma a reduzir os riscos, (...)”(E6). Embora esta medida pudesse ser também em prol da gestão da segurança dos enfermeiros ao garantir o material necessário ao seu desempenho profissional seguro, apenas foi identificada pelos entrevistados como medida para a segurança dos clientes. A gestão de stocks está incluída e respeita a ação de gestão de risco sugerida pela WHO de fornecimento de equipamento (DGS, 2011).*

Outra estratégia de gestão do risco identificada pela WHO é a disponibilização de sistema de ajuda e dispensa da medicação (DGS, 2011). O Sistema Medicação Unidose é uma

estratégia de segurança relatada por apenas um enfermeiro gestor: *“tudo são mecanismos de segurança, (...) temos a unidose. Temos vários mecanismos que nos permitem já alguma segurança”*(E11). Esta metodologia de trabalho permite que o enfermeiro receba a medicação do cliente identificada para as 24h, diminuindo a possibilidade de erros de medicação, nomeadamente trocas de medicamentos.

Outra Categoria identificada nos discursos de dois enfermeiros gestores foi a implementação e recurso ao Sistema Gricode que se trata de uma ferramenta de Hemovigilância que proporciona segurança, monitorização e eficiência ao longo de todo o processo transfusional.

Trata-se de um sistema de três elementos: pulseira do cliente, terminais portáteis de Wi-Fi e software baseado na Web. É um sistema que ajuda a minimizar os erros nas transfusões sanguíneas, monitoriza as transfusões em tempo real, rastreia todos os dados e otimiza todo o processo, reduzindo o tempo e o consumo de sangue (GRIFOLS, 2016).

O desenvolvimento e implementação de Procedimentos foi mencionado nos discursos de cinco enfermeiros gestores como estratégia para a segurança do cliente, nomeadamente: *“a cirurgia segura, as check lists que nós estamos a tentar colocar noutros aspetos para também haver uma sistematização porque depois a intensidade de trabalho leva a certas banalizações então a gente com alguma sistematização”* (E5), mencionando ainda que *“Prioritário é fazer as coisas segundo as normas instituídas (...) a campanha da lavagem das mãos, (...) uso de boas práticas (...)”* (E5), e constatando os benefícios da sua implementação *“Trabalhamos em conjunto com a qualidade, temos de por tudo em procedimentos, é mais fácil fazer tudo igual. Em conjunto com os profissionais, temos tudo sistematizado e uniformizado e não falha tanto. Temos normas associadas já no padrão do serviço, que não é fácil nos esquecermos.”* (E14). Neste âmbito fica claro que a sistematização favorece a prevenção da ocorrência de erros no processo de prestação de cuidados ao cliente. Disponibilizar o rápido acesso a protocolos / políticas / apoio à decisão é também uma estratégia defendida pela WHO na redução do risco onde se incluem os procedimentos (DGS, 2011). Apesar dos procedimentos poderem orientar no sentido da segurança do profissional, esta vertente não foi referida pelos enfermeiros gestores, sendo apenas mencionada no contexto da segurança do cliente.

Além dos protocolos e padronização de procedimentos, a sistematização da assistência em enfermagem faz-se também por meio do processo de enfermagem. O último é o método clínico da enfermagem que envolve etapas sequenciais específicas com a finalidade de prestar cuidados ao cliente de forma individualizada: avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e reavaliação (CARVALHO, et al., 2009). De acordo com o processo de

enfermagem, o Método de Trabalho Individual é referido no discurso de um entrevistado como o mais vantajoso para a segurança do cliente: *“responsabilizamos cada profissional por um número de clientes e fazemo-lo no nosso plano de trabalho diário, isto quer dizer que, se eu tiver a informação sobre o meu cliente, e se sou eu que cuido do meu cliente, é menos provável que o erro aconteça. Se forem várias pessoas a cuidar do mesmo cliente, a probabilidade de erro é maior,”* (E11). Este método de trabalho permite que a organização do trabalho se faça pelo próprio enfermeiro que planeia, executa e avalia, permitindo que não haja perdas de informação, melhorando a segurança do cliente (MENEZES, et al., 2011). A Verificação de Equipamentos é especificamente abordada por quatro enfermeiros gestores: *“Primeiro a segurança dos equipamentos, há uma supervisão e um pedido de envolvimento da equipa para verificarem equipamentos. Estamos a falar essencialmente dos cuidados com as camas, ou outro qualquer material que a gente utiliza enquanto enfermeiro (...)”*(E5), aqui no sentido de preservação e manutenção. Mas também é o objetivo de verificação da funcionalidade: *“No Nosso serviço especificamente, como é um serviço em que lidamos com diversos equipamentos que são fundamentais para o desenvolvimento da prática, todos os dias são verificados os equipamentos quanto à sua funcionalidade e de que as suas capacidades técnicas estão a funcionar em pleno (...)”* (E12) referindo que há metodização nestas verificações dos equipamentos: *“(...)também as revisões de equipamentos, nomeadamente ao desfibrilhador, temos trocas de filtros em que está tudo formalizado. Portanto, nós sabemos quais são os dias fixos em que trocamos por exemplo os filtros dos nebulizadores e de outros equipamentos, (...)”*(E9).

Em consonância com esta categoria, a WHO recomenda auditorias regulares a equipamentos como estratégia de redução de riscos (DGS, 2011). Também esta categoria poderia dizer respeito à segurança dos enfermeiros uma vez que equipamentos danificados ou que não funcionem devidamente podem causar acidentes de trabalho, no entanto, não foi referido pelos enfermeiros gestores como importante para a segurança dos enfermeiros.

No que se refere aos Registos Informatizados, em três entrevistas os enfermeiros gestores referiram os registos informatizados como elemento estratégico para a segurança: *“fazemos registos eletrónicos, (...) são mecanismos de segurança, a prescrição on-line não há erro, (...)”*(E11), aqui referindo os registos de enfermagem mas também o sistema de prescrição on-line, também reconhecendo que os registos de enfermagem são uma fonte de informação subaproveitada: *“(...) estamos a tirar algum partido dos registos de enfermagem mas podíamos tirar muito mais. Por exemplo, se os informáticos conseguissem dar aos enfermeiros chefes dados sobre as quedas, sobre as úlceras de pressão, nós*

*podíamos controlar, por exemplo, os colchões de pressão alterna ou os colchões anti escaras, ou até camas com outra articulação, o que seria muito proveitoso. Mesmo até em termos de recursos humanos, (...) mas eu penso que se conseguíssemos tirar mais partido informaticamente dos registos de enfermagem se calhar também nos ia ajudar nas dotações seguras. “ (E9). “A utilização de tecnologias de informação e comunicação no campo da saúde constitui-se como um elemento essencial para a promoção de modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes com os cuidados de saúde.” (MS, 2011 p. 3). Os registos informatizados são então identificados como fonte fiável de informação sobre segurança, o que possibilita o diagnóstico e intervenção neste âmbito, bem como estratégia de prevenção de erros nomeadamente na prescrição online.*

As estratégias de segurança dos enfermeiros enumeradas representam estratégias de apoio à prática dos cuidados seguros como é o caso dos registos informatizados, checklists, comunicação, gestão de stocks, sistema de medicação unidose, sistema Gricode, procedimentos. O método de trabalho individual tem mais que ver com a gestão de recursos humanos e gestão organizacional do serviço que se pretende promotora de segurança.

## **8.2. Estratégias de segurança dos clientes e enfermeiros**

Como já referido, à semelhança dos clientes, os profissionais no processo de prestação de cuidados também são expostos a diferentes riscos. Importa reafirmar, no que se refere à gestão do risco a que estes estão sujeitos, que o risco de contraírem doenças relacionadas com o trabalho é maior num profissional de saúde do que nos trabalhadores das demais áreas (MS;ARSLVT, IP, 2010). É da responsabilidade dos órgãos de gestão das instituições proporcionar ambientes e condições de trabalho saudáveis e seguros e ainda formação, no sentido de munir os profissionais de conhecimentos que lhes permitam adotar atitudes que contribuam para a sua própria segurança no trabalho. Logo, trata-se de uma responsabilidade partilhada (MS;ARSLVT, IP, 2010).

À semelhança do NPSA, no programa de saúde ocupacional (MS;ARSLVT, IP, 2010) é proposta uma metodologia de gestão do risco laboral na área da saúde em três fases: análise do risco, avaliação do risco e gestão do risco (figura 14).

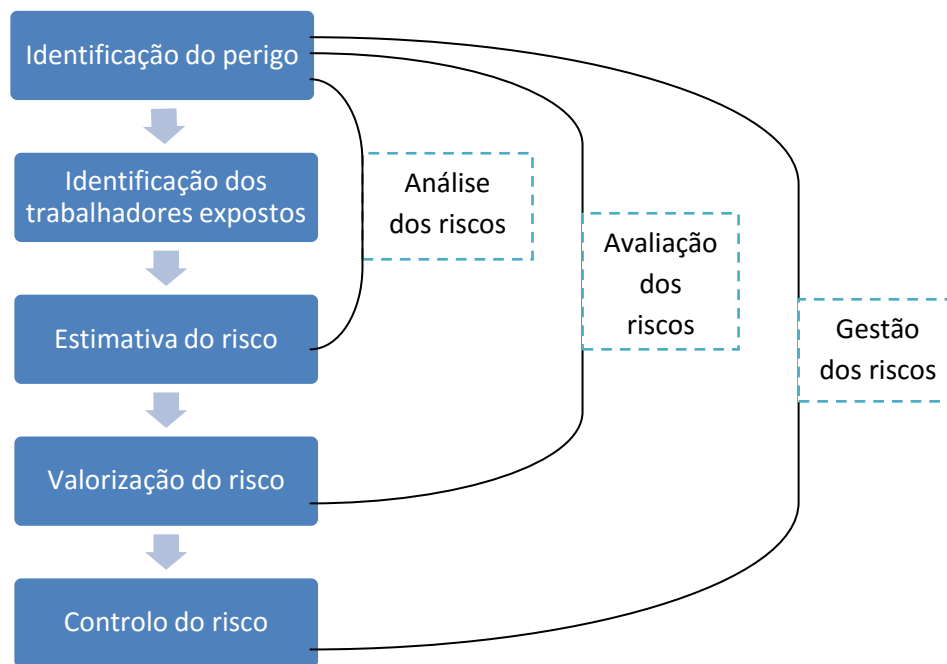


Figura 14 - Metodologia de gestão dos riscos (Adaptado Ministério da Saúde, ARSLVT (2010))

Da análise dos riscos fazem parte a identificação do risco, dos trabalhadores expostos e a estimativa dos riscos. A identificação do perigo ou fatores de risco diz respeito a uma descrição de processo de trabalho na perspetiva da adversidade potencial, nomeadamente: ambiente de trabalho, atividades realizadas, atividades não rotineiras e intermitentes, organização de trabalho, fatores exteriores, fatores psicológicos e sociais (MS;ARSLVT, IP, 2010). A identificação dos trabalhadores expostos deve ser feita para cada fator de risco profissional detetado e tendo em consideração trabalhadores com necessidades especiais: grávidas, jovens e idosos, portadores de deficiência, sem formação suficiente ou inexperientes, trabalhadores isolados pela função que desempenham, trabalhadores com imunidade comprometida, doença crónica ou a tomarem fármacos que aumentam a sua exposição ao risco (MS;ARSLVT, IP, 2010). A estimativa do risco implica a caracterização dos mesmos relativamente à probabilidade e/ou frequência, gravidade dos potenciais danos, número de trabalhadores expostos e duração de tempo que estão expostos (MS;ARSLVT, IP, 2010).

Num âmbito mais alargado, de avaliação dos riscos, há a valorização dos mesmos que diz respeito à comparação da magnitude do risco com padrões de referência, de acordo com níveis de gravidade da potencial consequência e respetiva probabilidade, consequentemente priorização de ação e medidas que podem ou devem ser tomadas (MS;ARSLVT, IP, 2010).

No domínio da gestão do risco, há o controlo do risco que visa eliminar ou reduzir o risco existente para níveis aceitáveis e a análise da necessidade de medidas interventivas, bem como a sua eficiência. Atendendo à complexidade do ambiente laboral em saúde, a prevenção de riscos afigura-se uma tarefa complexa e, por isso, deve ser de intervenção multidisciplinar. As medidas corretivas devem ser: eliminação do risco, combate aos riscos na origem, adaptação do trabalho aos trabalhadores, redução do tempo de exposição ao risco, redução do número de trabalhadores expostos, substituição do que pode ser perigoso por algo sem ou com menor grau de perigosidade e privilegiar medidas de proteção coletiva. Por fim, ainda dentro do controlo do risco há a comunicação do risco que visa dotar os profissionais de conhecimento sobre o risco de modo a capacitá-los a adotarem atitudes de prevenção do mesmo.

Os modelos de gestão do risco apresentados (cliente e profissional) respeitam as indicações da norma ISO 9001:2015 e partilham semelhanças na medida em que o processo de análise, planeamento, intervenção e reavaliação devem ser sistemáticos.

Das categorias identificadas como estratégias de gestão para a segurança, dez são comuns para a segurança do cliente e enfermeiro: Discussão em Equipa, Partilha do Conhecimento, Pedido de Colaboração, Reforço da Equipa, Distribuição do Plano de Trabalho, Método de Trabalho em Equipa, Formação, Sensibilização, Supervisão e os Elos de Ligação (Figuras 12 e 14).

A categoria da Discussão em Equipa foi referida por um enfermeiro gestor: “ (...) *estamos a falar da minha intervenção direta enquanto gestora, o que é que no meu dia-a-dia eu faço que contribua para a segurança do serviço ao nível de profissionais e clientes. Preocupo-me em fazer (...) o esclarecimento sobre determinadas temáticas e a discussão de estratégias. Eu procuro fazer um acompanhamento próximo do profissional, observá-lo e discutir, gosto muito de discutir, privilegio muito a discussão em equipa e privilegio a passagem de turno, faço questão de uma vez por dia estar presente na passagem de turno para aproveitar esse momento para discutir e redefinir estratégias e sensibilizar.*” (E 10). Esta categoria reflete a necessidade de falar sobre as questões essenciais à segurança com a equipa de modo construtivo, contribuindo assim para uma cultura de segurança que representa uma das ações de redução do risco propostas pela WHO (DGS, 2011).

A categoria Partilha do Conhecimento foi referida apenas num discurso: “(...) *a partilha do conhecimento é o melhor, (...) se a instituição nos deu oportunidade de investir naquela área, (...) eu devo por o meu conhecimento ao dispor do meu serviço e da minha instituição, porque só assim nós todos vamos ter ganhos. Vamos ter ganhos para o cliente em primeiro*

*lugar e para os profissionais, porque quanto mais seguro estiver naquilo que faço, menos stress eu tenho, mais realizado eu me encontro, melhora o trabalho...” (E11).* Esta estratégia diz respeito à formação, embora que informal, por pares. O enfermeiro gestor, quando promove que os enfermeiros partilhem os seus conhecimentos, promove a formação e segurança de todos.

Seis enfermeiros gestores revelaram o Pedido de Colaboração como estratégia para a segurança no serviço solicitando apoio de profissionais melhor preparados em determinada área para dar apoio: *“Também tento estar desperta para o que se passa nos outro serviços e para as teorias de melhoria contínua que vão aparecendo e por isso também falei com a doutora de farmácia que está adstrita ao nosso serviço para começarmos a trabalhar no plano do medicamento (...) também para começarmos a catalogar os medicamentos com a nova nomenclatura e com as cores (...).E também costumo partilhar com a enfermeira chefe do serviço x e responsável pelo departamento, as nossas preocupações, necessidades e aquilo que acontece, às vezes também não sei como é que hei-de resolver as coisas e pergunto-lhe (...).” (E9).* Recorrem a esta estratégia quando identificam que os recursos do serviço não são suficientes para resolver um problema de segurança: *“Nos temos alertado pessoal, clientes e visitas para se corrigir, já tivemos de chamar o grupo de humanização por causa das visitas, inclusive já chamamos a polícia e a judiciária para nos auxiliar. (E7) ”.* Ressalvam ainda a importância que as equipas da gestão da qualidade têm e como devem atuar em colaboração com os serviços: *“(...)acho que a mudança passa pelas comissões da qualidade das organizações e acho que elas têm de ser mais participativas no local. Têm que ir aos locais, falar com as pessoas e acho que devem envolver os serviços, eles têm de levar os serviços a mudar e acharem que eles precisam de mudança e não implementar, mandar circulares (...) que só chegam a meia dúzia de pessoas. Acho que deveria ser inverso, irem aos serviços, discutir nos serviços, provocar de modo a sentir essa necessidade e levá-los com eles (...) Tem de haver mais articulação com a qualidade, passar pelos serviços identificar as necessidades dos serviços desafiá-los e depois ir acompanhando de alguma forma. Estão à espera que as pessoas se auto motivem e se ofereçam, mas as pessoas estão desmotivadas e não vale a pena estar aqui a enumerar motivos.” (E10).* Esta estratégia remete para a gestão de recursos humanos melhor capacitados para determinada área. Implica identificação de necessidades e potencialização dos elementos diferenciados e está de acordo com a acção de redução de risco da WHO de garantir número adequado de pessoal/qualidade (DGS, 2011).

Sob domínio da mesma acção proposta pela WHO, um enfermeiro gestor mencionou o Reforço da Equipa de enfermagem em situações em que tal se justifica necessário

salvaguardando a segurança do cliente e profissional: *“Se eu tiver um cliente com ventilação invasiva no serviço, eu reforço aquele turno, nem que haja um alargamento daquele horário. Isso será um caso excepcional, serão umas horas e se for, por exemplo, de manhã para a tarde, o colega na vez de sair às 16h, sairá 18 ou às 20h e portanto serão propostas horas extraordinárias para assegurar essa necessidade de cuidados mais específica e para termos a segurança daquele cliente e dos outros todos do serviço, É uma coisa que a mim me interessa, ou seja a segurança de todo o serviço. Por ex.se eu tiver um cliente que vai ser transferido, para não haver falha no serviço atuo de igual modo.”* (E11)

A Distribuição do Plano de Trabalho também está inerente à gestão de recursos humanos. Foi referida por um enfermeiro gestor que descreveu que desenvolve os planos de trabalho tendo em consideração a experiência dos enfermeiros: *“Quando eu faço a planificação do serviço e a distribuição tento (...), na realização dos horários, nunca deixar os colegas recém admitidos no serviço a trabalharem em conjunto, tento sempre que estejam com apoio (...) com enfermeiros (...) que tenham já mais experiência e que possam já ajudar a melhor tomar decisão, (...)”*(E11).

A Metodologia de Trabalho em Equipa foi referenciada como estratégia para a segurança no discurso de três entrevistados: *“Tentamos fomentar trabalho de equipa (...). Quando falo em trabalho de equipa, refiro-me, essencialmente, a haver partilha de tudo aquilo que se vai passando no serviço (...)”* (E4). A maioria dos estudos de aferição da cultura de segurança considera como fundamental, entre outras dimensões, o trabalho em equipa (SINGLA, et al., 2006).

A Formação foi amplamente exposta como estratégia para a segurança no serviço, contando com referência de doze enfermeiros gestores entrevistados: *“ (...) participamos nas formações (...) que são realizadas no hospital e tentamos disponibilizar, na medida do possível, as pessoas para irem à formação (...)”* (E9), demonstrando aqui algum constrangimento na disponibilidade do serviço em ceder profissionais para formação, revelaram ainda a importância da formação para a manutenção de conhecimentos : *“Uma das coisas mais e importantes é a formação, as pessoas esquecem-se. É preciso estar constantemente em formação.”* (E3) e atualização *“ (...) a utilização dos equipamentos de proteção individual adequados a cada situação, (...) procuramos manter isso com formação mantendo o pessoal atualizado”* (E5). A área de formação mais salientada foi a da segurança do cliente: *“Incentivo e apoio à formação de serviço sobre segurança do cliente: para enfermeiros e outros profissionais (...) ”* (E1), valorizando a importância do tema: *“Tivemos a oportunidade de fazer a formação sobre o risco do cliente na área da qualidade. Depois, dentro da qualidade, essa nova vertente da qualidade que é a segurança do cliente*

*que é muito importante e que começa a ser uma preocupação grande” (E5). No entanto não ficou esquecida a importância da formação face à prevenção de riscos profissionais: “Um exemplo: também utilizo um levantamento de dados quando é possível. Fui ver quantos acidentes eram causados por questões musculares ou ósseas, fui ver estatísticas que tinha, para poder ver até que ponto era pertinente fazer uma formação em serviço, tendo em conta que observava ou não práticas de posicionamento na perspetiva da segurança do enfermeiro.” (E13). A formação dos enfermeiros chefes foi também abordada: “técnica de resolução de problemas (...) vamos começando a eliminar pequenos problemas, porque os grandes problemas são constituídos por pequenos problemas, começámos pela formação aos chefes” (E11). Ficou ainda claro nos seus discursos que a formação capacita o enfermeiro para atuar em segurança: “Primeiro formar, para depois poder exigir pôr em prática.” (E13). A gestão de risco clínico implica o desenvolvimento de um projeto de ação que se implementa com base num programa de formação estruturado de todos os profissionais (RAMOS, et al., 2011). Além disso, a formação em questões de segurança está profusamente descrita como necessária para capacitar os profissionais de conhecimentos que os levem a desenvolver a sua prática profissional de forma segura (WHO, 2011)*

A Sensibilização e a motivação foram referidas em seis discursos dos enfermeiros gestores entrevistados: *“Mas esta sensibilização para o risco e para a segurança faz parte do nosso dia-a-dia.” (E5), associando a sensibilização e motivação ao desenvolvimento de uma cultura de segurança: “ (...) procuro implementar uma cultura de segurança, uma cultura aberta e justa que estimula os profissionais a falar sobre os seus próprios erros. Incentivo e apoio a formação de serviço sobre segurança do cliente: para enfermeiros e outros profissionais; participo e motivo o trabalho de equipa, na partilha de ideias sobre possíveis erros, incidentes e ocorrências de modo a minimizar/evitar o erro. (...) Considero que uma área fundamental é a motivação para segurança, a fim de minimizar a ocorrência de eventos adversos. Procuro em tudo o que faço no serviço promover a segurança.” (E1). A motivação e sensibilização são ainda descritas como estratégias resultantes de um acompanhamento assíduo da equipa: “procuro fazer um acompanhamento próximo do profissional, observá-lo (...) a e privilegio a passagem de turno, faço questão de uma vez por dia estar presente na passagem de turno para aproveitar esse momento para discutir e redefinir estratégias e sensibilizar.” (E10). A questão da segurança dos enfermeiros é também importante como tema de sensibilização e motivação nomeadamente a questão da “ (...) carga física, das lombalgias, que é um esforço grande, a utilização que temos dos elevadores, principalmente com os clientes mais obesos e também temos uma cadeira elétrica de banhos que também facilita esse transporte e há uma sensibilização mesmo do*

*pessoal auxiliar e dos enfermeiros para principalmente em clientes mais dependentes e mais obesos, ser utilizado esse equipamento para não haver esforço físico que venha a causar isso (...), também saber utilizar adequadamente os equipamentos para minimizar esforços principalmente com os clientes mais obesos e que nos exigem mais esforço. Depois, estimular a equipa para evitar procedimentos menos adequados e sensibilizar para as posições corretas. E como tenho uma equipa mista em termos de género e de idades, há um envolvimento dos mais seniores para se interiorizar as posturas corretas e utilização correta de equipamentos para mobilizar corretamente os clientes mais difíceis, os clientes que exigem mais esforço em termos de proteção” (E5). Destes discursos percebe-se que, “Tendo uma equipa motivada gera-se segurança.” (E14). Esta categoria, também identificada nos discursos de reação face ao erro, surge, também aqui, como estratégia de disseminação de uma cultura de segurança que permite incentivar condutas seguras e mudanças de comportamentos, práticas e atitudes (HOPKIN, 2010).*

A Supervisão é mencionada cinco vezes pelos enfermeiros gestores: *“Não estamos a falar de instrumentos mas estamos a falar da minha intervenção direta enquanto gestora, o que é que no meu dia-a-dia eu faço que contribua para a segurança do serviço ao nível de profissionais e clientes. Preocupo-me em fazer uma supervisão contínua (...) ” (E10), reforçando a continuidade desta estratégia: “Há sempre uma supervisão do desempenho dos profissionais”(E2) e referindo que é uma estratégia de monitorização in loco: “Também acabo por recorrer à supervisão como elemento de monitorização, sem dúvida.” (E13).*

A National Health Service (NHS, 2009) refere que a supervisão promove a melhoria da competência profissional e eficácia clínica, defende os melhores interesses não só do cliente mas também protege os profissionais. Integra-se no âmbito da qualidade e tem como foco de atenção a segurança e os riscos. A supervisão apresenta três elementos basilares: o administrativo que visa promoção e manutenção de boas normas de trabalho, coordenação da prática com as políticas de administração, garantia de um funcionamento eficiente e sem problemas; o educacional que promove o desenvolvimento educacional de cada trabalhador da equipa, de forma individual, apoiando-os a alcançar o seu potencial; o de apoio na manutenção de relações laborais harmoniosas (NHS, 2009).

Oito enfermeiros gestores mencionaram como estratégia de gestão os Elos de Ligação com a equipa de gestão do risco/grupos de trabalho como estratégia de segurança, de acordo com o supramencionado a este respeito. Tratando-se uma estratégia de apoio em ambiente de trabalho: *“Criaram-se os elos de ligação com a comissão de risco. Com um elo por serviço, por área, é mais fácil estarem atentos e reportarem.” (E3), referindo que estes elementos estão especialmente preparados para atuar neste âmbito: “Esses elos de ligação*

*fizeram formação de qualidade e segurança do cliente que a instituição disponibilizou, embora seja uma área que estamos agora a começar a trabalhar e a preocuparmo-nos mais a fundo sobre isso (...).” (E6). Também foi descrita a atuação desses elementos e o método de abordagem a situações de segurança: “Tenho uma equipa aqui responsável por isso que se interliga com a gestão de risco do hospital e, depois de se fazer a avaliação de risco dos profissionais e dos clientes, então tomamos medidas, quer a nível de formação, quer a nível de medidas estruturais.” (E14), “temos grupos de trabalhos em várias áreas para avaliar, e aí tomar medidas para melhorar (...)” (E14), “Depois, criar um grupo de trabalho. Agora já temos pessoas com formação na área de higiene e segurança e, então, começar a fazer o levantamento dos riscos do serviço para que depois se definam algumas coisas.” (E8), representado uma mais-valia na gestão para a segurança.*

A responsabilidade da gestão do risco é uma responsabilidade de todos os profissionais pois todos devem prevenir incidentes e promover a segurança (RAMOS, et al., 2011).

Contudo, é função do órgão de gestão da unidade de saúde desenvolver estruturas de gestão de risco para poder delegar competências ao nível da gestão intermédia. Neste contexto deve ser nomeado um núcleo de trabalho executivo com função de operacionalizar as políticas de gestão do risco e ainda formar uma equipa de interlocutores com o objetivo de uma intervenção mais dinâmica e abrangente de gestão de risco in loco, mais próxima da realidade de prestação de cuidados (RAMOS, et al., 2011). É neste contexto que a atuação dos elos de ligação, identificados pelos enfermeiros gestores entrevistados, faz sentido.

Além disso, nas unidades de saúde, é necessária uma estreita articulação das diferentes unidades intervenientes para garantir a segurança nos cuidados prestados, nomeadamente da equipa de gestão do risco com todos os serviços, comissão da qualidade, com a unidade de controlo de infeção hospitalar, de saúde ocupacional, do gabinete do cliente, do gabinete contencioso, de instalações e equipamentos, hoteleira entre outras (RAMOS, et al., 2011).

### 8.3. Estratégias de segurança do enfermeiro

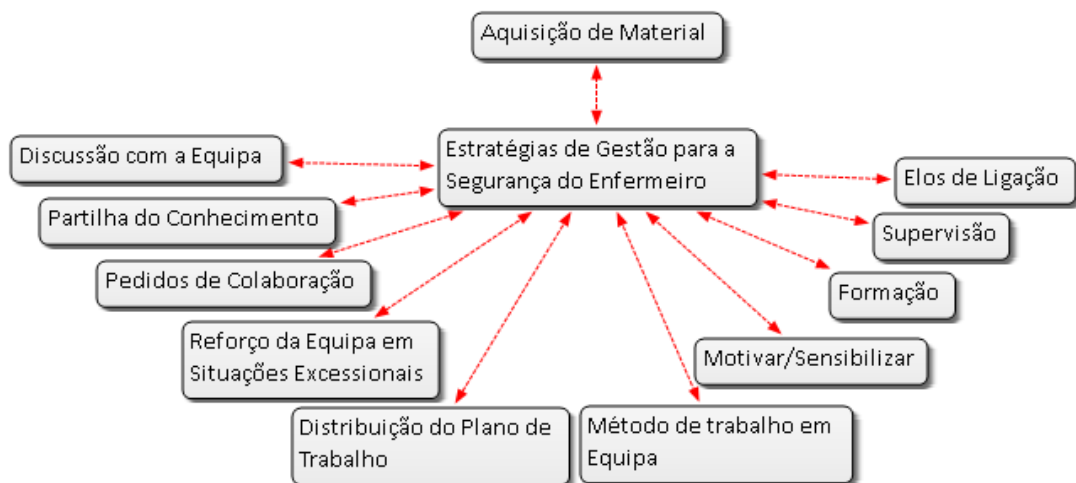


Figura 15 - Categorias identificadas no âmbito das estratégias de gestão para a segurança do enfermeiro

Como estratégia para a gestão da segurança dos enfermeiros foi referenciada a aquisição de material de apoio à prática profissional: “(...)aquisição de material, nomeadamente há pouco tempo tivemos de comprar marquês hidráulicas para as sala de pensos porque os enfermeiros passavam horas em posições inadequadas. Tivemos de colocar ventoinhas em salas que não condições de arejamento. (...) Este ano vamos tentar adquirir material pode transferes porque aqui há uma grande rotatividade de clientes” (E2). Há equipamentos que permitem que o enfermeiro desempenhe a sua prática profissional de forma segura para si.

Verifica-se que as estratégias de gestão da segurança são predominantemente globais uma vez que se aplicam à segurança do cliente e do enfermeiro tendo sido identificadas dez categorias comuns. É possível constatar que as estratégias para a segurança do cliente superam em número as estratégias para a segurança dos enfermeiros e que algumas das primeiras poderiam aplicar-se à segurança dos profissionais. Pela coincidência de categorias de estratégias para a segurança do enfermeiro e cliente, estas estão profundamente relacionadas.

De referir ainda que, algumas das estratégias explanadas pelos enfermeiros gestores estão de acordo com as ações de redução de risco identificadas pela WHO e outras recomendações do mesmo organismo. Todavia, não ficou patente uma abordagem de gestão dos erros de acordo com os modelos de gestão do risco apresentados. Em momento algum houve referência à articulação com a equipa de saúde ocupacional.

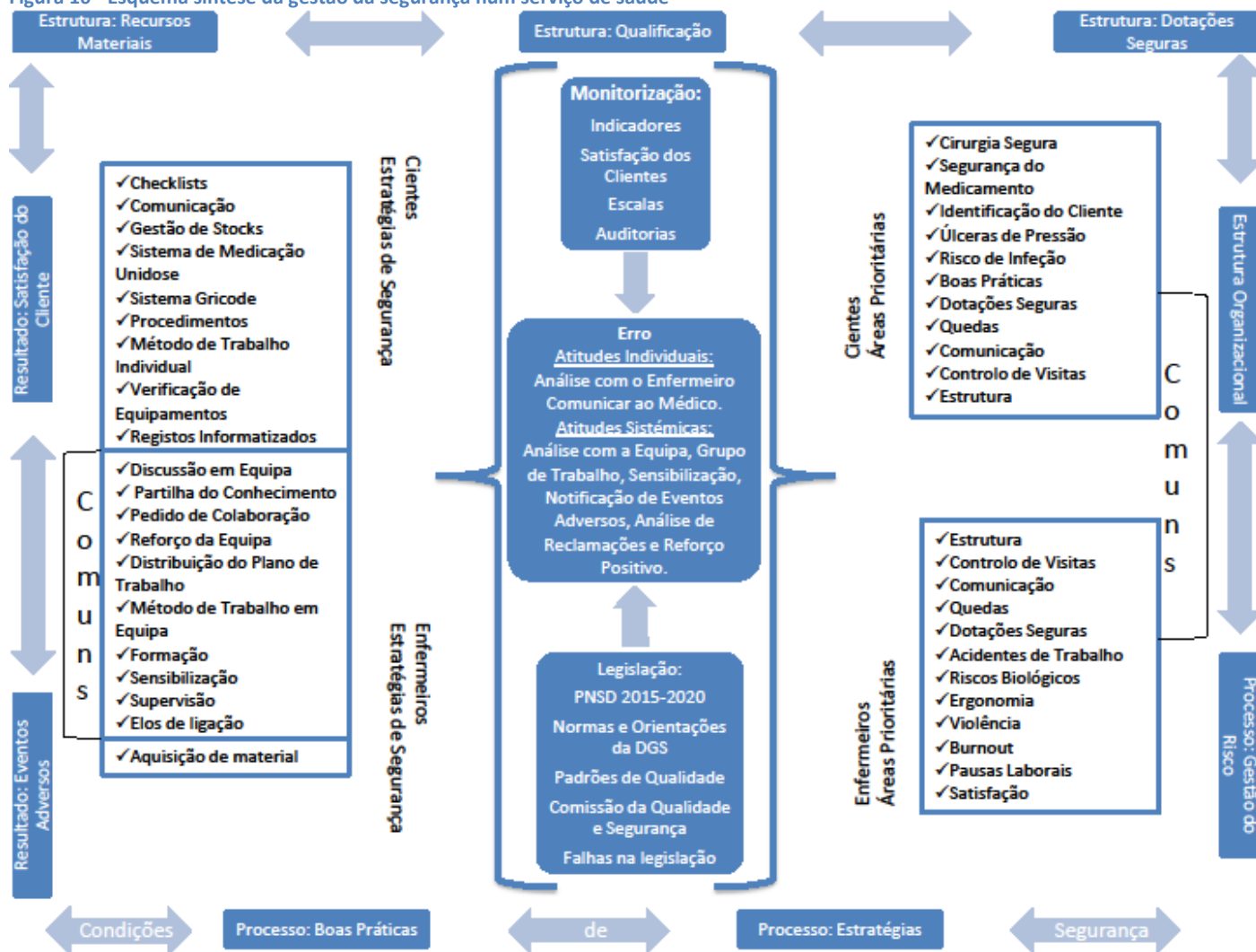


## 9. A SUSTENTABILIDADE PARA A INTERVENÇÃO DOS GESTORES

---

Ao longo dos capítulos anteriores em que foram apresentados os resultados, foram também desenvolvidas algumas considerações. Neste capítulo será feita a síntese e discussão dos dados obtidos bem como a análise dos seus significados. É realizada uma reflexão apresentando a súmula de achados que deram resposta às nossas questões orientadoras e que estão organizados no esquema síntese que se segue (figura 16).

Figura 16 - Esquema síntese da gestão da segurança num serviço de saúde



Na definição do que consideram um serviço seguro, os enfermeiros gestores participantes neste estudo desenvolveram nas suas narrativas as **condições de segurança** que um serviço hospitalar deve respeitar, indo ao encontro do modelo de Donabedian (2003), exprimindo aspetos que é possível identificar com os elementos: estrutura, processo e resultado.

O predomínio discursivo recaiu sobre o elemento estrutura, a parte mais visível, evidenciado pelo maior número de categorias: recursos materiais, qualificação, dotações seguras e estrutura organizacional.

Na área do processo foram identificadas 3 categorias nos discursos dos enfermeiros gestores, nomeadamente: boas práticas, estratégias e gestão do risco. É reconhecida a importância dos processos desenvolvidos na prestação de cuidados e o seu impacto na segurança.

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

Sousa (2006) refere que, quando se fala em segurança, o foco é maior na análise da estrutura e dos processos mas que é necessário ter presente que as relações entre as três dimensões deste modelo são indissociáveis. A identificação de um resultado menos bom ou um evento adverso é muitas vezes revelador de problemas nos elementos processo e resultado. Recomenda-se que as abordagens em segurança sejam globais e integrem estes três elementos.

Da análise dos discursos dos enfermeiros gestores à luz do modelo Donabedian (2003) verifica-se que é sustentado o estabelecimento da relação entre a qualidade e a segurança.

Na gestão para a segurança é importante estabelecer que estratégias se devem adotar para avaliar os resultados, que ferramentas aplicar para quantificar e comparar os resultados de modo contínuo. São necessárias medidas de **monitorização** para medir a segurança os enfermeiros gestores indicaram os instrumentos: escalas, indicadores, satisfação do cliente e auditorias. Foi reconhecido pelos participantes que a análise dos dados obtidos na monitorização é essencial para identificação de problemas e para a promoção de mudanças de melhoria da segurança.

O reconhecimento do **erro** é o primeiro passo para a gestão de segurança. Face ao mesmo, foram abordadas pelos enfermeiros gestores estratégias que, por sua vez, se reconhecem nas abordagens individual e sistémicas descritas por Reason (2000).

Nos discursos de abordagem individual evidenciaram-se duas categorias: Análise com o Enfermeiro e Comunicar ao Médico. Estas foram descritas como necessárias no âmbito diagnóstico e de ação de menorização de consequência do erro, respetivamente.

No entanto predominaram as estratégias de abordagem sistémica face ao erro: Análise com a Equipa, Grupo de Trabalho, Sensibilização, Notificação de Eventos Adversos, Análise de Reclamações e Reforço Positivo. Percebe-se que há uma evolução positiva face à cultura tradicional de culpabilização mas ainda há mais caminho para percorrer nesta área, que necessita de mudanças e investimentos, o que também foi reconhecido pelos entrevistados.

Os **pilares legislativos** para a segurança representam suporte fundamental para a atuação dos gestores da área da saúde. Foi possível identificar cinco categorias dos discursos dos enfermeiros gestores que responderam à questão, nomeadamente: PNSD 2015-2020, Normas e Orientações da DGS, Padrões de Qualidade, Comissão da Qualidade e Segurança do Doente e ainda Falhas na Legislação. Todavia, foi o tema em que os entrevistados menos se alargaram nos seus discursos. Expuseram o recurso à Comissão da Qualidade e Segurança do Doente para obter colaboração neste âmbito. Sobre legislação para a segurança do enfermeiro apenas referiram dotações seguras. As restantes categorias aplicam-se à segurança dos clientes.

De modo a compreender melhor a atuação dos enfermeiros gestores, procuramos conhecer as áreas de atuação que estes consideraram prioritárias. Foram identificadas onze **áreas prioritárias** para a segurança dos clientes: Comunicação, Cirurgia Segura, Segurança do Medicamento, Identificação do Cliente, Quedas, Úlceras de Pressão, Risco de Infecção, Dotações Seguras, Boas Práticas, Controlo de Visitas e Estrutura. Estas áreas prioritárias demonstram conhecimento sobre os eventos adversos com maiores taxas de incidência e com as causas descritas como mais significativas para a ocorrência de eventos adversos. Dos nove objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 sete estão incluídos nas categorias descritas. De fora ficam a Cultura de Segurança do Ambiente Interno-e a prática sistemática de Notificação, Análise e Prevenção de Incidentes que foram abordadas no âmbito de atuação face ao erro.

As áreas que encaram como prioritárias na segurança do cliente traduzem-se em 12 categorias: Acidentes de Trabalho, Riscos Biológicos, Ergonomia, Violência, Quedas, Burnout, Pausas Laborais, Satisfação, Comunicação, Controlo de Visitas, Dotações Seguras e Estrutura. Estas comprovam a identificação dos riscos profissionais descritos bem como os acidentes de trabalho mais notificados como é a picada de agulha que se inclui nos riscos biológicos, as quedas e esforços físicos inadequados.

Os relatos dos participantes valorizam a segurança dos enfermeiros, apesar de não terem exposto as consequências do absentismo e de não abordarem a doença profissional.

Contudo, demonstraram conhecimento sobre as consequências de determinadas condições de trabalho na segurança dos enfermeiros.

Verificam-se seis categorias, identificadas em comum como prioritárias quer para a segurança dos clientes, quer para a segurança dos profissionais. Este fato sustenta o reconhecimento da influência da segurança dos enfermeiros na segurança dos clientes e vice-versa. Comprova-se semelhante preocupação com a segurança de ambas as partes.

A WHO (2008 a) refere que é necessária atenção em pontos individuais, como as infeções associadas a cuidados de saúde, mas, também, em mecanismos estruturais e processuais subjacentes que contribuem para um cuidado subótimo. As intervenções específicas para um determinado problema terão provavelmente um impacto mais imediato, mas as intervenções que visam estruturas ou processos, tais como a melhoria da comunicação e da cultura da segurança, terão seguramente um impacto amplo e duradouro na prestação de serviços seguros.

Nos discursos dos enfermeiros entrevistados foram identificadas dezanove categorias sobre **estratégias de gestão** para a segurança do cliente, das quais nove foram identificadas em exclusivo: Checklists, Comunicação, Gestão de Stocks, Sistema de Medicação Unidose, Sistema Gricode, Procedimentos, Método de Trabalho Individual, Verificação de Equipamentos e Registos Informatizados. Destas, dez são comuns para a segurança do cliente e enfermeiro: Discussão em Equipa, Partilha do Conhecimento, Pedido de Colaboração, Reforço da Equipa, Distribuição do Plano de Trabalho, Método de Trabalho em Equipa, Formação, Sensibilização, Supervisão e os Elos de Ligação. Apenas uma foi identificada em exclusivo para a segurança dos enfermeiros: a Aquisição de Material.

As estratégias para a segurança do cliente superam em número as estratégias para a segurança do enfermeiro e é possível verificar que algumas dessas poderiam aplicar-se á segurança do profissional. No entanto, não foram descritas pelos entrevistados como tal.

Ainda assim, predomina um discurso integrativo da segurança verificando-se um predomínio de estratégias de segurança mútuo do cliente e enfermeiro, o que mais uma vez confirma a inter-relação das mesmas.

Estas estratégias respeitam a ações de redução do risco propostas pela WHO e outras recomendações da mesma organização. No entanto, não foi perceptível nas entrevistas uma atuação de acordo com os modelos de gestão de risco.

Os resultados que emergem das narrativas dos participantes traduzem-se por um conjunto de atributos que permitem compreender o âmbito de atuação do enfermeiro gestor para garantir a segurança num serviço hospitalar. Embora em alguns temas se evidencie a carência de discurso face à segurança do enfermeiro, este fato poderá refletir a delegação

de funções no departamento de saúde ocupacional, embora isto não tenha sido referido. A figura em forma de diagrama ilustra os achados deste estudo, reforçando a complexidade da avaliação da segurança num serviço de saúde.

Em suma, constata-se que encontramos junto dos participantes informações fundamentais para a perseguição de um caminho para alcançar a segurança dos serviços de saúde. Com este trabalho pretendemos produzir contributos para a gestão de segurança e com isto melhorar a qualidade nos e dos processos de prestação de cuidados pelos enfermeiros.

## 10. CONCLUSÃO

---

Inicialmente englobada na qualidade, a segurança tem vindo a evidenciar-se no campo da saúde como prioridade. Esta sempre constituiu uma preocupação nesta área mas atualmente constitui um imperativo para a gestão de qualidade.

A segurança em saúde é uma responsabilidade de todos. Contudo, atualmente acredita-se que os erros ocorrem por problemas nos sistemas e organizações. Desta forma, a gestão assume protagonismo, em especial na enfermagem, quer pelo elevado número de profissionais envolvidos, quer pela natureza da sua atuação.

Da análise dos dados foi possível reconhecer uma relação entre a qualidade e a segurança patente nas condições de segurança descritas pelos entrevistados e que refletem os elementos do modelo de Donabedian: estrutura, processo e resultado.

Também a relação entre segurança dos enfermeiros e a segurança dos clientes ficou notória na coincidência de categorias identificadas, quer em áreas de segurança prioritárias, quer nas estratégias enumeradas pelos enfermeiros gestores participantes. Além disso, estas demonstraram conhecimento dos principais problemas de segurança descritos na literatura. Sendo que as intervenções e estratégias dos enfermeiros gestores são maioritariamente de natureza sistémica, o que evidencia uma intervenção orientada para a mudança. Estes revelaram ainda preocupação com a cultura de culpabilização e a necessidade de criar uma cultura de segurança e de notificação.

Esta investigação, baseada nos discursos dos enfermeiros gestores que integraram o estudo, denota o contributo solidário, ético e profissional dos mesmos para a pesquisa da temática em estudo.

A nossa contrapartida para tal contributo, resume-se a este trabalho onde, acreditamos, depois de termos tido a possibilidade de contactar com os entrevistados e conhecer melhor as suas realidades e a problemática em estudo, ter reunido informação que concorrerá para:

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

Dentro das limitações deste estudo, podemos apontar o facto dos elementos da amostra pertencerem à mesma instituição. Assim, sugerimos que esta investigação seja replicada em outros estabelecimentos de saúde, outras realidades a fim de aferir diferenças ou não de resultados.

Ainda antes de terminar, gostaria apenas de referir que desenvolver um trabalho de investigação constitui um grande desafio para alguém inexperiente na área. Foram vivenciadas dificuldades e encontrados obstáculos neste percurso que se revelou frutífero e vantajoso para o desenvolvimento pessoal e profissional, desenvolvimento esse que, passo a imodéstia, se irá concretizar na contribuição para a melhoria dos cuidados prestados.

Chegados a este ponto, verifica-se que este é um trabalho aberto, não encerrado, que não acaba na conclusão, representando, aquilo que é nossa intenção, o início de outros estudos que o possam complementar/completar, em direção a uma Enfermagem com mais qualidade e mais segura, mais evoluída e, acima de tudo, mais humana e humanizada.

## BIBLIOGRAFIA

---

- ACSS. 2015.** *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e SNS - 2014*. Lisboa : Departamento de Gestão e Planeamento de Recursos Humanos, 2015.
- AGNEW, Cakil e FLIN, Rhona. 2014.** Senior charge nurses` leadership behaviours in relation to hospital ward safety: a mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*. 2014, Vol. 51, pp. 768-780.
- AIKEN, L., et al. 2012.** Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ: British Medical Journal*. 1717, 2012, Vol. 344, pp. 1-14.
- ALAHMADI, H. A. 2010.** Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2010, Vol. 19.
- ANTÓNIO, Nelson S. e TEIXEIRA, António. 2007.** *Gestão da qualidade : de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa : Edições Sílabo, 2007. ISBN 978-972-618-447-8.
- ARSLVT, IP. 2013.** *Acidentes e Doenças Profissionais - Orientações Técnicas*. Lisboa : Departamento de Saúde Pública, 2013.
- BARDIN, Laurence. 2000.** *Análise de Conteúdo*. Lisboa : Edições 70, 2000. ISBN: 972-44-0898-1.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. 2003.** O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *Revista Eletrônica Interação Psy*. 2003, pp. 4-11.
- BRUNO, P. 2010.** *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal*. Coimbra : Coimbra Editora, 2010. ISBN – 978972-32-1881-7.
- CANO, S. e HOBART, J. 2011.** The problem with health measurement. *Patient Preference and Adherence*. 2011.
- CARDOSO, A., et al. 2011.** Avaliação clínica não-invasiva de disfagia no AVC – Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. n.º 5, 2011, Vol. III Série, pp. 135-143.
- CARVALHO, A. P. 2002.** *Temas De Arquitetura De Estabelecimentos Assistenciais De Saúde*. Salvador, Brasil : Universidade Federal da Bahia, 2002. ISBN: 85-87243-14-4.
- CARVALHO, E.C. e BACHION, M.M. 2009.** Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem - intenção de uso por profissionais de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009, Vol. 11, p. 466.
- CORREIA, Tânia, MARTINS, Maria Manuela e FORTE, Elaine. 2017.** Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem Referência* . Nº12, 2017, Vol. Série IV.

**COSTA-DIAS, M., FERREIRA, P. e OLIVEIRA, A. 2014.** Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*. n.º 2, 2014, Vol. Série IV, pp. -.

**D.R. 2015.** REGULAMENTO nº 101/2015. Lisboa : D.R. 2ª Série, Nº48, 10 de Março de 2015. pp. 5948-5952.

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

**Despacho n.º 1400-A/2015.** Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. D.R. 2ª Série, Nº28 (20-02-2015). pp. 3882(2) - 3882(10) .

**Despacho n.º 3635/2013.** D.R. 2ª Série. Nº 47 (07-03-13). pp. 8528 - 8529.

**Despacho n.º 5613/2015.** Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. D.R. 2ª Série, Nº 102 (27-05-2015). pp. 13550 - 13553.

**DGS. 2011.** *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa : DGS, 2011.

— **2014 a.** *Norma 008/2014: Organização e funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde e Segurança do Trabalho dos Centros Hospitalares/Hospitais*. Lisboa : DGS, 2014 a.

— **2014 b.** *Norma 020/2014: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Lisboa : DGS, 2014 b.

— **2013 a.** *Norma 026/2013: Programa de Saúde Ocupacional: 2º ciclo 2013/2017*. Lisboa : DGS, 2013 a.

— **2013 b.** *Norma Nº 02/2013 Cirurgia Segura, Salva Vidas*. Lisboa : DGS, 2013 b.

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

**DICKINSON, Gerry . 2001.** Enterprise Risk Management: Its Origins and Conceptual Foundation. *The Geneva Papers on Risk and Insurance*. No 3, 2001, Vol. 26, pp. 360-366.

**DONABEDIAN, A. 2005.** Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. No.4, 2005, Vol. 83, pp. 691–729.

**DONABEDIAN, Avedis. 2003.** *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. s.l. : Oxford : University Press, 2003. 978-0-19-515809-0.

**FAROKHZADIAN, J., NAYERI, N. D. e BORHANI, F. 2015.** Assessment of Clinical Risk Management System in Hospitals: An Approach for Quality Improvement,. *Global Journal of Health Science*. 2015, Vol. 7, pp. 294-303.

**FERREIRA, M., ALVES, F. e JACOBINA, F. 2014.** O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos. *Revista Enfermagem Contemporânea*. Junho, 2014, Vol. 3(1), pp. 61-68.

**FERREIRA, P., et al. 2007.** *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden.* s.l. : Lusodidacta, 2007. ISBN: 978-972-8930-37-0.

**FERREIRA, Pedro Lopes. 1991.** Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais.* 1991, Vol. 33, pp. 93-112.

**FLIN, R. e YULE, S. 2004.** Leadership for safety: industrial experience. *Qual Saf Health Care.* 2004, Vol. 13 (Suppl II), pp. ii45–ii51.

**FORTIN, Marie-Faneinne. 2009.** *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures : Lusodidacta, 2009. 978-989-8075-18-5.

**FRAGATA, José. 2010.** A Segurança dos Doentes - Indicador de Qualidade em Saúde. 2010, pp. 564-560.

—. **2009.** *Gestão do Risco in Governação dos Hospitais: Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT.* ARSLVT. Lisboa : s.n., 2009. pp. 16-18.

**FREITAS, M. J. e PARREIRA, P. M. 2013.** Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência.* Série n.º 10, 2013, Vol. III, pp. 171-178.

**GHIGLIONE, Rodolphe e MATALON, Benjamin. 2005.** *O Inquérito: Teoria e Prática.* [trad.] Conceição Lemos Pires. 4ª Edição. Oeiras : Celta, 2005. ISBN:972-774-120-7.

**GRIFOLS. 2016.** Gricode. [Online] 2016. [Citação: 18 de Dezembro de 2016.] <http://www.grifols.com/en/web/poland/diagnostics/-/product/gricode#>.

**HALL, Richard H. 1996.** *Organizations : structures, processes and outcomes.* 6ª Edição . Englewood Cliffs : Prentice-Hall , 1996. ISBN 0-13-228529-0 .

**HOPKIN, Paul. 2010.** *Fundamentals of Risk Management: Understanding, Evaluation and.* London : The Institute of Risk Management,, 2010. ISBN 978 0 7494 5942 0.

**ICN - International Council of Nurses. 2009.** Nursing research: a tool for action. *Nursing Matters.* 2009.

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

**IOM. 2001.** *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Washington, D.C : National Academy Press, 2001.

—. **1999.** *To err is human: building a safer health system.* Washington DC : The National Academy Press, 1999.

**IPQ. 2015.** *Norma Portuguesa ISO 9001:2015, Sistemas de Gestão da Qualidade Requisitos.* Caparica, Portugal : IPQ, 2015.

**JHA, A., et al. 2013.** The global burden of unsafe medicalcare: analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality & Safety.* 2013, Vol. 22, pp. 809 - 815.

- KESZEI, A., NOVAK, M. e STREINER, D. 2010.** Introduction to health measurement scales. *Elsevier*. 68, 2010, pp. 319-323.
- LAUS, Ana Maria e ANSELMÍ, Maria Luíza. 2008.** Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. nº 4, 2008, Vol. vol.42, pp. 681-689.
- LEI N.º 15/2014.** *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. D.R.1ª Série, Nº 57 (21-03-2014).* pp. 2127-2131.
- LEI N.º 98/2009.** D.R.1ª Série, Nº 172 (04-09-2009). pp. 5894-5920.
- LEI Nº 7/2009.** D.R. 1ª Série , Nº 30 (12-02-2009). pp. 926-1029.
- MARIÑO, M. 2009.** Teoría Y Práctica :Un Viaje de Ida y Vuelta. Atlas.ti Y el Proceso de Investigación Cualitativa. [autor do livro] Susán Francis Salazar e María Cruz Gómez. *Teoría y Práctica de la Investigación Educativa en la Formación de Educadores: Manual de Grado*. San José : Universidad de Salamanca e Universidad de Costa Rica., 2009, pp. (pp. 95-122).
- MARTINS, Matilde. 2014.** *Epidemiologia dos Acidentes de Trabalho em Instituições Públicas de Saúde - Fatores Associados e Repercussões*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto : Universidade do Porto, 2014. Tese de Doutoramento.
- MASLACH, C. e JACKSON, S. 1981.** The measurement of experienced burnou. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981, Vol. 2, pp. 99-113.
- MAXIMIANO, Antonio. 2000.** *Introdução à administração*. 5ª Edição. São Paulo: Atlas, 1986. : Atlas S.A., 2000. ISBN 85-224-2164-1.
- MENEZES, S.R., PRIEL, M.R. e PEREIRA, L.L. 2011.** Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2011, Vol. 45, pp. 953-8.
- MS. 2010.** *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa : MS, 2010.
- **2014.** *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e Serviço Nacional de Saúde 2014*. Lisboa : ACSS, 2014.
- **2015.** Diário da República, 2.ª série — N.º 28. ISSN 0870-9963 *Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020*. 10 de Fevereiro de 2015. pp. 3882 (2-10).
- **2011.** Plano Nacional de Saude-Tecnologias de Informação e Comunicação. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde, 2011.
- MS;ARSLVT, IP. 2010.** *Gestão dos riscos profissionais em estabelecimentos de saúde-Orientação técnica Nº 1*. Lisboa : Departamento de Saúde Pública, 2010.
- NHS. 2009.** *NHS Derby City Primary Care Trust: Supervision Policy* . Derby City : s.n., 2009.
- NPSA. 2007.** *Healthcare risk assessment made easy*. London : NPSA, 2007. Gateway Reference Number: 8083.

**OE. 2001.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa : OE, 2001.

— **2007.** *RECOMENDAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DE GUIAS ORIENTADORES DA BOA PRÁTICA DE CUIDADOS*. Lisboa : Comissão de Formação, 2007.

**OLIVEIRA, M. 2010.** A Segurança em Unidades de Saúde. *Arquivos de Medicina*. 2010, Vol. 24, pp. 65-66.

**OLIVEIRA, R., et al. 2014.** Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Jan-Mar, 2014, Vol. 18(1), pp. 122-129.

**OMS. 2009.** *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas*. Direção-Geral da Saúde. s.l. : OMS, 2009. ISBN 978 92 4 159855 2.

**PANEQUE, R. 2004.** Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *SciELO*. [Online] 2004.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004). ISSN 0864-3466.

**PISCO, Luis e BISCAIA, José Luis. 2001.** Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001, Vol. Volume Temático 2, Avaliação da Qualidade, pp. 43-51.

**POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernardette P. 2000.** *Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud*. 6ª Edição. Mexico : McGraw-Hill Interamericana, 2000. ISBN:970-10-2690-X.

**Portaria n.º 155/2009.** D. R. 1ª Série, N.º28 (10-02-2009). pp. 878 - 881.

**Portaria n.º 288/99.** Instituto da Qualidade em Saúde. D.R. I Série-B, N.º 98 (27-04-1999). pp. 2258-2261.

**PORTELA, MC. 2000.** Avaliação da qualidade em saúde. [autor do livro] S. ROZENFELD. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269.

**QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V. 2005.** *Manual de Investigação em ciências sociais*. 4ª Edição. Lisboa : Gradiva, 2005.

**RAMOS, Susana e TRINDADE, Lurdes. 2011.** Gestão de Risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *TecnoHospital*. 48, 2011.

**REASON, J., CARTHEY, J. e LEVAL, M. R. 2001.** Diagnosing “vulnerable system syndrome”: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care*. Suppl II, 2001, Vol. 10, pp. ii21–ii25.

**REASON, James. 2000.** Human error: models and management. *BJM*. 18 de Março de 2000, Vol. 320, pp. 768-770.

—. 1997. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Burlington, USA : Ashgate Publishing Limited, 1997. ISBN 13: 978 1 84014 104 7.

**Regulamento nº 533/2014**. D.R. 2ª Série. Nº 233 (02-12-14). pp. 30247 - 30254.

**REVERE, Lee, BLACK, Ken e HUQ, Ahsan. 2004**. Integrating Six Sigma and CQI for improving patient care. *The TQM Magazine*. 2004, Vol. 16, pp. 105-113.

**SEVERINO, R., et al. 2010**. Nursing Activities Score: índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem em UCI. *Revista Percursos*. 2010, Vol. nº16, pp. 3-13.

**SILVA, A., et al. 2016**. A Segurança do Paciente em Âmbito Hospitalar: Revisão Integrativa da Literatura. *Cogitare Enfermagem*. 2016, Vol. 21.

**SILVA, M. Â. 2009**. *Desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade*. Aveiro : Universidade de Aveiro, 2009. Dissertação de Mestrado.

**SINGLA, A. e KITCH, B. 2006**. Assessing patient safety culture: a review and synthesis of the measurement tools. *J. Patient Saf.* Nº3, 2006, Vol. 2, pp. 105–116.

**SOUSA, Paulino. 2009**. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*. Especial 70 anos, 2009, Vol. 22, pp. 884-94.

**SOUSA, Paulo. 2006**. Patient Safety, A Necessidade de uma Estratégia Nacional. 2006, pp. 309-318.

**SOUSA, Paulo, et al. 2011**. *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública- Universidade Nova de Lisboa, 2011. 978-989-97342-0-3.

**SOUSA, Paulo, UVA, António Sousa e SERRANHEIRA, Florentino. 2010**. Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010, Vol. 10, pp. 89-95.

**STRUBERT, Helen J. e CARPENTER, Dona R. 2002**. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª Edição. Loures : Lusociência, 2002. ISBN:972-8383-29-0.

**WACHTER, Robert. 2010**. *Compreendendo a Segurança do paciente*. Porto Alegre : Artmed, 2010.

**WHO. 2008 b**. *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action*. Copenhagen : World Health Organization, 2008 b. 978 92 890 7193 2.

—. 1998. *Health Promotion Glossary*. Genebra, Suíça : World Health Organization, 1998.

—. 2003. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Genebra, Suíça : World Helth Organization , 2003. ISBN 92 4 156245 5.

—. 2000. *Measuring Health: a step in the development of city health profiles* . Genebra, Suíça : Regional Office for Europe, 2000. ISBN 87-985-788-2-0.

— **2011.** *Patient Safety Curriculum Guide: multi-professional edition.* Malta, Grécia : WHO, 2011. ISBN 978 92 4 150195 8.

— **2007 b.** *Patient Safety Solutions: communication during Patient Hand-overs.* Suíça : WHO, 2007 b.

— **2007 a.** *Patient Safety Solutions:Patient Identification.* Suíça : WHO, 2007 a.

— **2008 a.** *SUMMARY OF THE EVIDENCE ON PATIENT SAFETY:IMPLICATIONS FOR RESEARCH.* s.l. : World Alliance For Patient Safety, 2008 a. ISBN 978 92 4 159654 1.

— **2005.** *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems - From information to action.* Suíça : World Alliance For Patient Safety, 2005.

— **2017.** World Health Organization - Patient Safety . [Online] 2017. [Citação: 7 de Março de 2017.] <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>.

**WONG, Carol e CUMMINGS, Greta. 2007.** The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management.* 2007, Vol. 15, pp. 508–521.

## ANEXOS

---

## Guião de entrevista semiestruturada

**TEMA:** Segurança e a gestão da unidade

**Entrevistados:** Enfermeiros chefes do Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E. – polo de Aveiro

**Finalidade:** Contribuir para a gestão da segurança dos doentes e enfermeiros

**Local:** Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E. – polo de Aveiro

**Data e hora:** A definir com o entrevistado

- a) **Explorar a importância dada pelos enfermeiros gestores às questões de segurança do Serviço**
  1. O que é para si a segurança num serviço?
  2. O que considera um serviço seguro?
  3. O que faz habitualmente no serviço sobre segurança (doentes, enfermeiros e outros profissionais)?
  
- b) **Descrever as áreas que os enfermeiros gestores privilegiam como fundamentais à segurança do doente**
  4. Que áreas considera prioritárias para a segurança do doente?
  5. Que áreas considera prioritárias para a segurança dos enfermeiros
  6. Que estratégias utiliza como gestora do serviços para evitar perigos para o doente / enfermeiros?
  
- c) **Identificar instrumentos para controlo da segurança dos doentes**
  7. Que instrumentos existem no seu serviço para controlo da segurança dos doentes?
  
- d) **Identificar estratégias que os enfermeiros gestores utilizam para a monitorização da segurança do doente e do Serviço**
  8. Que estratégias utiliza para a monitorização da segurança do doente/ dos enfermeiros?

- e) **Analisar formas utilizadas pelos enfermeiros gestores para a implementação de medidas corretivas para a segurança do doente.**
9. Quando é identificada alguma falha relacionada com a segurança do doente/enfermeiro, qual o procedimento que adota?
- f) **Analisar o modelo de segurança dos serviços**
10. Como enquadra a segurança do seu serviço ( legislação, orientações da Ordem, teóricos sobre segurança)?
11. Há algum assunto que queira acrescentar e que possa contribuir para o meu trabalho?

## Anexo 2: Consentimento informado



<p style="text-align: center;"><b>Escola Superior de Enfermagem do Porto</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Investigação de Mestrado</b></p> <p>A gestão e a segurança</p> <p>Mestranda: Tânia Sofia Pereira Correia</p> <p>Orientadora: Prof.ª Doutora Maria Manuela Martins</p>
--

### Consentimento Informado

Estamos a solicitar a sua participação num estudo sobre gestão e a segurança em contexto de internamento.

Este estudo tem como objetivos:

- Compreender a importância dada pelos enfermeiros gestores às questões de segurança do doente/enfermeiro
- Identificar as áreas que os enfermeiros gestores privilegiam como fundamentais à segurança do doente/enfermeiro
- Identificar instrumentos para controlo da segurança dos doentes
- Identificar estratégias que os enfermeiros gestores utilizam para a monitorização da segurança do doente
- Analisar formas utilizadas pelos enfermeiros gestores para a implementação de medidas corretivas para a segurança do doente/enfermeiro.

Desta forma, pretende-se contribuir para a gestão da segurança dos doentes e enfermeiros no internamento. Para isso solicitamos a sua participação numa entrevista semiestruturada.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista em qualquer momento.

Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista.

A gravação poderá ser interrompida em qualquer momento se assim o desejar. Tudo o que disser será estritamente confidencial.

Gostaríamos de saber se aceita participar nesta entrevista e se autoriza a gravação da mesma.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Assinatura do Investigador

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Anexo 3: Autorização da Direcção de Enfermagem do Centro Hospitalar da Região Centro, para a realização da investigação.

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO  
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395  
[sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt](mailto:sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt)  
Matrícula na Conservatória do Registo Comercial  
de Aveiro  
Capital Social 40.284.651 €  
Pessoa Colectiva n.º 510 123 210

Ex.ma Senhora  
Enf.ª Tânia Sofia Pereira Correia  
Rua Principal n.º 68  
Carregosa - Ouça  
3840-Vagos

S/ Ref.ª	S/ Comunicação de	N/ Ref.ª	Aveiro,
		058695	14-01-2015

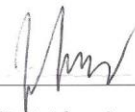
**ASSUNTO:** Pedido de autorização para realização de investigação.

Em resposta ao pedido sobre o assunto em epígrafe, informa-se que está autorizado.

Quando for dado por concluído o estudo, deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Formação e Investigação deste Centro Hospitalar.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de  
Administração



(José Afonso)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ciclo tratar só de um assunto.

GM.

## Anexo 4: Artigo de investigação: “Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro”

ISSN: 2182-2883 | ISSNp: 0874-0283  
Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIN16073>

### ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

## Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro

Processes developed by nurse managers regarding the error  
Procesos desarrollados por los gestores de enfermería frente al error

Tânia Sofia Pereira Correia\*; Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins\*\*; Elaine Cristina Novatzki Forte\*\*\*

#### Resumo

**Enquadramento:** No contexto atual de promoção da segurança do doente, os enfermeiros gestores assumem um papel preponderante nos cuidados de saúde.

**Objetivos:** Conhecer as percepções dos enfermeiros gestores e identificar estratégias de gestão face ao erro, analisar as medidas corretivas e preventivas implementadas pelos mesmos.

**Metodologia:** Estudo qualitativo fundamentado na teoria de James Reason, realizado através de entrevista semiestruturada a 14 enfermeiros gestores de um centro hospitalar da região centro de Portugal, escolhidos por conveniência. Realizada análise de conteúdo com recurso ao software ATLAS.ti.

**Resultados:** Foram identificadas 8 categorias agrupadas em duas áreas temáticas. Na abordagem individual identificaram-se as categorias: Análise com o enfermeiro, e Comunicar ao médico na abordagem sistémica; Análise com a equipa, Notificação de eventos adversos, Grupo de trabalho, Sensibilização, Análise de reclamações e Reforço positivo.

**Conclusão:** As categorias do âmbito sistémico superaram em número as do âmbito individual, os entrevistados salientaram a necessidade de melhoria na adesão à notificação, e não foram explícitas estratégias para prevenção de erros.

**Palavras-chave:** segurança do paciente; gestão da segurança; gestão de riscos; cuidados de enfermagem

#### Abstract

**Background:** In the current context of patient safety promotion, nurse managers play a key role in health care.

**Objectives:** To identify nurse managers' perceptions and their management strategies regarding the error, and to analyze the corrective and preventive measures implemented by them.

**Methodology:** Qualitative study, based on James Reason's theory, with semi-structured interviews to a convenience sample of 14 nurse managers of a hospital center in the central region of Portugal. Content analysis was performed using the ATLAS.ti software.

**Results:** Eight categories were identified and grouped into two thematic areas. The following categories were identified: Analysis with the nurse, and Report to the physician in the Person approach; and Analysis with the team, Adverse event reporting, Working Group, Awareness, Analysis of complaints, and Positive reinforcement in the System approach.

**Conclusion:** Systemic categories outnumbered individual categories. Participants emphasized the need to improve adherence to reporting. No strategies for error prevention were identified.

**Keywords:** patient safety, safety management, risk management, nursing care

#### Resumen

**Marco contextual:** En el contexto actual de promoción de la seguridad del paciente, los enfermeros gestores asumen un papel preponderante en los cuidados de salud.

**Objetivos:** Conocer las percepciones de los enfermeros gestores e identificar las estrategias de gestión frente al error, analizar las medidas correctivas y preventivas implementadas por los mismos.

**Metodología:** Estudio cualitativo fundamentado en la teoría de James Reason, realizado a través de una entrevista semiestructurada a 14 enfermeros gestores de un centro hospitalario de la región centro de Portugal, escogidos por conveniencia. El análisis de contenido se realizó con el software ATLAS.ti.

**Resultados:** Se identificaron 8 categorías agrupadas en 2 áreas temáticas. En el enfoque individual se identificaron las categorías: Análisis con el enfermero, y Comunicar al médico en el enfoque sistémico; Análisis con el equipo, Notificación de eventos adversos, Grupo de trabajo, Sensibilización, Análisis de reclamaciones y Refuerzo positivo.

**Conclusión:** Las categorías del ámbito sistémico superan en número a las del ámbito individual. Los entrevistados resaltaron la necesidad de mejorar la adhesión a la notificación, y no se explicitaron estrategias para prevenir errores.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, gestión de la seguridad, gestión de riesgos, atención de enfermería

\*Lic., Enfermeira Geralista, Centro Hospitalar São Jorge, 1014-501 Lisboa, Portugal (tpcorreia@gmail.com). Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha e análise de dados, discussão de resultados, escrita do artigo (com colaboração), apoio e supervisão das revisões sucessivas. Morada para correspondência: Rua Pinheiro nº 66, Casagosa 3640-301, Vagos, Portugal.

\*\*Ph.D., Enfermeira, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal (mmartins@eseufp.pt). Contribuição no artigo: orientação e colaboração em todas as fases do trabalho de investigação e elaboração do presente artigo.

\*\*\*Lic., Enfermeira, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072, Porto, Portugal (elnovatzki@eseufp.pt). Contribuição no artigo: orientadora da tese, transcrição e análise dos dados e co-edição do capítulo do artigo correspondente.

Recebido para publicação em: 10.10.16

Aceite para publicação em: 05.01.17

## Introdução

A segurança do doente tem sido, desde há muito tempo, uma preocupação na prestação de cuidados de saúde, pois o pai da medicina, Hipócrates e a precursora da enfermagem, Florence Nightingale, já sinalizavam o dever de não provocar danos aos doentes (Wachter, 2010). Todavia, este tema ganhou especial notoriedade com a publicação do relatório *To err is human: building a safer health system* do Institute of Medicine (IOM), em 1999, que alertou acerca do alto índice de mortes decorrentes de erros clínicos evitáveis e dos problemas nos sistemas que visam evitá-los, colocando a saúde uma década ou mais atrás das indústrias de alto risco no que se refere à segurança. Constatou, também, que sistemas de relatos voluntários, bem como o desenvolvimento e adoção de padrões, seriam importantes para a gestão da segurança e que com a liderança, atenção e recursos adequados pode-se melhorar muito neste âmbito (Institute of Medicine, 1999).

Dada a representatividade deste relatório com grande impacto a nível mundial, a segurança em saúde ganhou prioridade na Organização Mundial de Saúde (OMS), ao criar a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) que define estratégias, diretrizes e objetivos internacionais de modo a promover práticas que garantam a segurança dos cuidados de saúde em diferentes países (World Health Organization, 2004).

Portugal, como muitos outros países, assumiu a segurança do doente como uma prioridade na saúde e desenvolveu políticas que inicialmente estavam englobadas num âmbito mais geral, a qualidade, com a criação em 1999 do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e do Conselho Nacional da Qualidade (CNQ) e celebrado o protocolo com *King's Found Health Quality*, em 2000 é publicado o Manual de Acreditação de Hospitais. Em 2009 criou-se o Departamento da Qualidade na Saúde, com o intuito de promover a cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do doente. Mais recentemente, foi criada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014 que deu lugar à homónima 2015-2020, e com o crescente protagonismo da segurança do doente na agenda nacional, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que define nove objetivos estratégicos e respetivas metas, representando um forte

suporte à gestão na saúde (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro).

Neste contexto de amplo investimento e promoção da segurança do doente, a gestão assume um papel preponderante na saúde, nomeadamente os enfermeiros gestores, as chamadas chefias intermédias. Os enfermeiros gestores têm um papel fundamental na segurança dos cuidados de saúde prestados à população, dada a sua responsabilidade pela promoção de uma cultura de segurança nas equipas para que haja um ambiente aberto de partilha e confiança, desenvolvendo-se assim a aprendizagem a partir dos erros e eventos adversos.

Face ao exposto, este estudo de natureza qualitativa, centrado na teoria de James Reason, tem como finalidade contribuir para o conhecimento sobre práticas de gestão da segurança em ambiente hospitalar, pelo que delimitamos a seguinte questão de investigação: Que processos desenvolvem os gestores perante o erro em ambiente hospitalar? Para responder a esta questão, foram traçados os seguintes objetivos: conhecer as perceções dos enfermeiros gestores em relação ao erro, identificar estratégias de gestão face ao erro e analisar medidas corretivas e preventivas implementadas para a segurança do doente.

## Enquadramento

A segurança do doente é um direito elementar em saúde e por isso representa "Um princípio fundamental nos cuidados prestados aos doentes/utentes e um componente crítico na gestão da qualidade" (Sousa, 2006, p. 316). Neste sentido, a segurança do doente é definida como:

A redução do risco de danos desnecessários relacionados 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. (Organização Mundial de Saúde, 2011, pp. 14-15)

A segurança do doente é a prevenção e melhoria de resultados adversos ou lesões resultantes dos processos de cuidados de saúde, emerge da interação dos diferentes componentes do sistema, não reside numa pessoa, dispositivo ou departamento

(Organização Mundial de Saúde, 2011). Não deixa de constituir um facto que *errar é humano*, apesar de ser um lugar-comum, pois os cuidados de saúde são prestados por pessoas e o erro está inerente ao processo de prestação de cuidados ocorrendo eventos assistenciais que resultam em dano ou potencial dano. Entende-se por erro uma "Falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano." (Organização Mundial de Saúde, 2011, p.15), tratando-se de "Um termo genérico para abranger todas as situações nas quais uma sequência planeada de atividades mentais ou físicas não consegue atingir o resultado desejado" (Organização Mundial de Saúde, 2011, p. 113).

De acordo com um estudo elaborado em 2011 pela Escola Nacional de Saúde Pública, a taxa de incidência de eventos adversos em hospitais portugueses é de 11%, à semelhança de países como Canadá - 7,5%, Dinamarca - 9,0%, Inglaterra - 10,8%, Suécia - 12,3% ou Nova Zelândia - 12,9%. Revelou ainda que 53% das situações foram consideradas evitáveis e constatou-se um prolongamento do internamento em 58,2% das situações (Sousa, Uva, & Serranheira, 2010).

Os erros comprometem a segurança do doente e, portanto, são considerados um problema sério de saúde pública pelo que importa atuar de forma concertada para que se atinjam cuidados de saúde de excelência. Para tanto torna-se cada vez mais necessária a gestão do risco que "Visa identificar prospectivamente as trajetórias de acidente nos cuidados de saúde, aprender com os erros cometidos, limitar as suas consequências nefastas e, finalmente, deverá também lidar com os doentes e as famílias lesadas" (Fragata, 2009, p. 16).

Neste sentido, esta temática despertou o interesse dos investigadores e nos últimos 5 anos houve um aumento expressivo da investigação científica sobre esta segurança do doente, erros e eventos adversos. Predominam estudos de natureza quantitativa, direcionados para os resultados da prática de cuidados na segurança do doente nomeadamente os eventos adversos como as quedas, erros de medicação, risco de infeção e menos nos mecanismos de prevenção do erro. Todavia constata-se que há ainda muito a investigar neste âmbito (Silva et al., 2016; Sousa, Uva, & Serranheira, 2010).

A importância dos gestores na segurança, já há muito é reconhecida nas indústrias de alto risco

comprovando-se que o desempenho dos gestores influencia o compromisso organizacional com a segurança, comportamentos de segurança dos trabalhadores e a ocorrência de erros (Hyn & Yule, 2004). Em saúde e mais especificamente em enfermagem, embora se comprove que o desempenho dos enfermeiros gestores influenciam a motivação e desempenho dos enfermeiros, os estudos sobre o desempenho dos gestores de enfermagem na segurança do processo de prestação de cuidados tendem a se concentrar nos comportamentos de liderança, satisfação no trabalho e outros resultados organizacionais revelando que envolvem maioritariamente comportamentos orientados para as tarefas e gestão de relações e menos para comportamentos orientados para mudanças (Agnew & Flin, 2014). Sendo que alguns sistemas de gestão de riscos têm mostrado que os enfermeiros possuem dificuldades na gestão e no controle de riscos, em especial, pelos recursos limitados e a complexidade do trabalho em saúde (Farokhzadian, Nayeri, & Borhani, 2015).

Reason (2000) identificou duas abordagens ao erro: a abordagem individual e a sistémica. Cada uma corresponde a um modelo de causalidade do erro e consequentemente a diferentes filosofias na gestão do mesmo.

A abordagem individual responsabiliza os profissionais periféricos, os que prestam cuidados diretos ao doente, e a avaliação de cada erro é realizada isoladamente, sendo que as pessoas são consideradas livres de escolher entre comportamentos seguros e inseguros e que os erros surgem de processos mentais aberrantes como o esquecimento, falta de motivação, descuido, negligência ou imprudência. Neste sentido as medidas tomadas incluem medidas disciplinares (Reason, 2000).

A abordagem sistémica parte do princípio de que os seres humanos são falíveis, que os erros são esperados, que estes são considerados consequência e não a causa e que a sua origem advém de fatores sistémicos a montante e não tanto da perversidade da natureza humana. Não podendo a última ser alterada, as condições de trabalho devem sofrer melhorias no sentido de prevenir o erro (Reason, 2000).

A prestação de cuidados de saúde é um processo complexo onde a origem do erro tem como causa inúmeros fatores podendo originar um evento adverso tomando-se importante analisar

o processo de causa/origem do erro. Sendo assim, Reason (2000) propôs o modelo do queijo suíço para explicar como ocorrem falhas num sistema. Os sistemas estão dotados de barreiras em posições chave para evitar erros (tecnologias, equipamentos, pessoas, etc.) e, idealmente, cada barreira seria intacta. No entanto, estas têm falhas, ilustradas como os buracos do queijo suíço. Neste modelo esses buracos estão continuamente a abrir, a fechar e a mudar de localização. A presença de um buraco/falha numa barreira, por si só não representa um mau resultado. O mau resultado surge quando se alinham buracos/falhas em todas as barreiras numa trajetória de oportunidade de risco para o doente. A compreensão desta realidade leva a uma gestão de riscos proativa em vez de reativa.

Assim sendo, devem "Ser implementadas, como medidas para promover maior segurança, o reporte de erros, *near miss* e eventos adversos, bem como a standardização de protocolos e orientações, incorporando tecnologias, nomeadamente de comunicação" (Fragata, 2009, p. 17). Esta gestão do risco e da segurança promove e fomenta uma cultura de segurança: "Um modelo integrado de comportamento individual e organizacional, baseado em convicções e valores partilhados que procura continuamente minimizar o dano ao doente que pode resultar dos processos de prestação de cuidados" (Organização Mundial de Saúde, 2011, p. 110) promovendo um conjunto de atitudes, que importa liderar, idealmente com proximidade no terreno, como são os valores partilhados sobre a segurança, a revelação sem culpa e a aprendizagem em torno dos erros (Fragata, 2010).

## Questão de Investigação

Embora haja estudos sobre a segurança dos doentes, é escasso o conhecimento sobre as medidas concretas tomadas pelos gestores no âmbito do erro. Assim, este estudo procura dar resposta à seguinte questão de investigação: Que processos desenvolvem os gestores perante o erro em ambiente hospitalar?

## Metodologia

Perante a existência de estudos quantitativos na

área da segurança do paciente e dada a natureza do objeto em estudo, que se apresenta de forma complexa e dinâmica, desenvolveu-se um estudo qualitativo, centrado nas formulações de James Reason acerca das abordagens do erro com o intuito de conhecer, a partir dos olhares dos enfermeiros gestores, a segurança em ambiente hospitalar, indo ao encontro do objetivo da investigação qualitativa que passa por "Compreender melhor os factos ou os fenómenos sociais ainda mal elucidados" (Fortin, 2009, p. 290).

A população do estudo é constituída de enfermeiros gestores de um centro hospitalar da região centro de Portugal, escolhidos por conveniência por responderem a um critério de inclusão preciso: desenvolver atividade de gestão de um serviço de enfermagem de uma unidade hospitalar. Fazem parte da amostra 14 enfermeiros gestores: 11 mulheres e três homens.

A colheita de dados realizou-se com recurso a entrevistas semiestruturadas individuais, com questões abertas, realizadas pela pesquisadora no ambiente de trabalho dos participantes. As entrevistas duraram em média 40 minutos, e permitiram ressaltar as ideias dos participantes a partir de suas experiências (Fortin, 2009).

Após a colheita dos dados o material referente às entrevistas foi transcrito. Posteriormente fez-se uma leitura exploratória procurando encontrar conteúdos comuns, desta leitura resultaram áreas temáticas identificadas como categorias. Recorreu-se ao *software* ATLAS.ti para proceder à codificação e categorização das entrevistas. As unidades de análise (*codes*, na terminologia do *software*) foram geradas a partir dos excertos das entrevistas (*quotations*), que, após serem identificadas, foram agrupadas em grandes áreas temáticas (*families*), as quais possibilitaram o desenvolvimento dos resultados deste estudo.

No respeito pelos princípios éticos e legais foi feito o pedido de autorização para realização da investigação ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar em estudo bem como à Comissão de Ética. A Comissão de Ética informou que apenas se pronuncia quando solicitada pelo Presidente do Conselho de Administração que é quem detém autoridade para autorizar estes pedidos, que por sua vez autorizou a realização deste estudo sem solicitar parecer da Comissão de Ética. Desenvolveram-se todos os procedimentos com cada participante no respeito pelo anonimato, confidencialidade e consentimento.

## Resultados e Discussão

Da análise dos dados adquiridos pelas entrevistas aos enfermeiros gestores, foram identificadas oito categorias (*axões*) que foram agrupadas em duas grandes áreas temáticas (*famílias*) de acordo com a sua natureza sistémica ou individual, em consonância com a proposta de Reason referente aos dois tipos de abordagem ao erro (Reason, 2000; Figura 1).

### Abordagem individual

Dentro da abordagem individual foram encontradas nos discursos dos enfermeiros gestores duas categorias: Análise com o enfermeiro e Comunicar ao médico (Figura 1). No que se refere à Análise com o enfermeiro, seis enfermeiros gestores fizeram menção a algum tipo de iniciativa individual como forma de corrigir um erro identificado: "Se é individual e reiterado fala-se com esse colega" (E8, Fev./2015). Está implícito no discurso que o erro é de alguma forma responsabilidade do enfermeiro envolvido:

Se houver um erro de um enfermeiro, é chamado para avaliar o tipo de erro, se for um erro furtivo, um erro que aconteceu uma única vez, se foi uma falha por desconhecimento, e aí tentar estratégias para resolver e evitar que se volte a repetir. (E4, Fev./2015)

No entanto, apesar de inicialmente evidenciar uma filosofia de causa efeito individual, a grande maioria refere que após análise com o enfermeiro, as atitudes tomadas são num âmbito coletivo direcionando o discurso para medidas mais coletivas patentes neste excerto de entrevista:

A minha primeira abordagem será sempre a identificação da falha, a abordagem ao profissional e a reflexão crítica com ele e a correção do procedimento e depois a supervisão para ver se ele muda ou não, ao mesmo tempo fazer a análise se foi com aquele profissional ou se as condições em que aconteceu irão promover que outros profissionais cometam o mesmo. (E10, Fev./2015)

Grande parte do discurso individual está pautado pela necessidade de avaliação da situação individualmente e tem como objetivo perceber o mecanismo do erro: "Se for uma situação em que o impacto e o risco são menores para o doente, sou capaz de falar pessoalmente com a pessoa ...

uma análise do que aconteceu, tentamos sempre perceber qual o mecanismo ..." (E2, Fev./2015). Assim, as medidas tomadas ganham corpo sob a forma de procedimentos ou esclarecimentos a todos os enfermeiros: " Fizemos uma análise da situação com as pessoas envolvidas e habitualmente quando é necessário fazer alguma alteração em termos de procedimento, o mais fácil é enviar *email* a todos os enfermeiros para terem conhecimento da alteração da situação" (E6, Fev./2015).

Contudo, em momento algum houve no discurso de qualquer enfermeiro gestor, referência à punição do enfermeiro envolvido no incidente, ponto essencial, pois uma cultura não punitiva favorece a divulgação aberta e transparente de erros. A cultura culpabilizante evidencia-se na focalização da contribuição individual para o erro, essa cultura deve evoluir para uma cultura de abordagem do erro de forma aberta e frontal num sistema de aprendizagem centrado nas causas e sistemas (Alahmadi, 2010).

No discurso individual houve ainda um enfermeiro gestor que referiu a Comunicação ao médico: "Essencialmente, temos feito a partilha e avaliamos qual o risco para o doente, se existir risco para o doente, tentamos logo seguir o procedimento que é comunicar ao médico, se for o caso" (E4, Fev./2015). Sendo uma atitude de âmbito individual ela não é punitiva, entretanto, não previne situações futuras, trata-se de uma medida corretiva ou de limitação dos possíveis danos causados pelo erro em causa.

### Abordagem Sistémica

Na abordagem sistémica foram encontradas as seguintes categorias: Análise com a equipa, Notificação de eventos adversos, Grupo de trabalho, Sensibilização, Análise de reclamações e Reforço positivo (Figura 1).

A Análise com a equipa é a estratégia de avaliação mais vezes identificada pelos enfermeiros gestores, tendo sido nove os enfermeiros que a referiram. Este envolvimento da equipa no processo reflete uma visão mais global da abordagem ao erro:

Quando falo em trabalho de equipa, refiro-me essencialmente a haver partilha de tudo aquilo que se vai passando no serviço, ou seja, de uma maneira geral fazer com que as pessoas sempre

que há alguma situação, digamos que uma inconformidade ela seja falada abertamente, para se poder em conjunto resolver. Isso é fundamental! (E4, Fev./2015)

Evidencia-se assim uma visão não punitiva de abordagem ao erro, não fazendo deste um assunto tabu dentro da equipa: “É trabalhar essa falha, não há que esconder da equipa que aconteceu, é trabalhar em conjunto” (E3, Fev./2015). Assim todos podem dar um contributo quer na análise da situação como também de sugestões para prevenir situações futuras: “Fazer uma reflexão na passagem do turno, que é sempre um momento de privilégio, onde fazemos a análise, o que correu mal, o que poderemos de imediato alterar” (E11, Fev./2015). Em nenhum dos discursos foi mencionado se nesta abordagem de equipa a identidade do enfermeiro envolvido na situação seria ou não preservada. Se por um lado não há esta preocupação de salvaguardar o enfermeiro envolvido, por outro pode indicar que não deve ser um problema e que cada situação deve ser discutida abertamente sem que as pessoas envolvidas se sintam punidas por isso: “É preciso que haja uma cultura de discutir isto em reuniões de trabalho para que as pessoas não achem que é uma denúncia” (E3, Fev./2015).

Nas entrevistas realizadas a Notificação de eventos adversos mostrou-se uma preocupação para todos os enfermeiros gestores entrevistados:

Como não temos evidência, falamos de perceções e perceções não é igual a evidência, quando tivermos o registo de eventos adversos possivelmente já teremos alguma evidência. Esse registo vai ser e é sempre anónimo, vai ser feito no local, no serviço, naquela hora, mas quem vai identificar não é o chefe mas um núcleo, vão ser nomeados enfermeiros que fazem a análise das notificações, e vão tentar saber o que se passou sem identificar o serviço, eles sabem mas é segredo profissional. (E11, Fev./2015)

Houve ainda manifestação da vontade de avançar com a notificação de erros dentro do serviço a título individual: “Foi nos dito que iriam avançar com um módulo feito aqui pelo nosso sistema informático, os nossos informáticos não o têm feito, vamos ter de avançar, se calhar, a título individual do serviço” (E8, Fev./2015). No entanto, apenas um enfermeiro gestor referiu

registo de notificações no sistema nacional de notificação de incidentes que em 2012 a Direcção-Geral da Saúde (DCS) disponibilizou. Em 2014 este sistema foi requalificado denominando-se atualmente *Notificação* de natureza voluntária, não punitiva e anónima (Direcção-Geral da Saúde, 2014): “Recorro à Plataforma registo de Incidentes/Eventos Adversos, procuro implementar uma cultura de segurança, uma cultura aberta e justa que estimula os profissionais a falar sobre os seus próprios erros” (E1, Maio/2015) e outro entrevistado que referiu:

Criamos uma folha anónima no computador para não haver reconhecimento de letras, não é identificada a pessoa, que chegaria posteriormente a mim. Não interessava saber quem foi a pessoa, interessava analisar o episódio e depois procuramos saber o que poderemos fazer para que não volte a acontecer e tem havido pouca adesão. (E5, Fev./2015)

Assim sendo, a notificação de eventos adversos é uma preocupação dos enfermeiros gestores, embora ainda não haja adesão evidente à notificação de eventos: “Quanto ao registo desse elemento adverso ainda não é uma prática comum neste serviço, vamos começar a instituir e deve existir um registo não punitivo, que é o que se defende, mas não o fazemos” (E4, Fev./2015). No que se refere à notificação de incidentes em Portugal, a DCS, de acordo com as orientações da OMS e Comissão Europeia, tem vindo a desenvolver várias iniciativas para de promoção de notificação de incidentes, lançado em 2012, através da publicação de normas e orientações, de manuais de apoio para os profissionais de saúde e para o cidadão e publicação de newsletters com reporte do progresso do sistema.

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 um dos objetivos estratégicos é “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes” (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro, pp. 3882-3883), com este trabalho demonstra-se que o conhecimento dos enfermeiros chefes sobre a notificação de eventos adversos é um conhecimento empírico de acordo com a filosofia voluntária, não punitiva e anónima, mas ainda não aplicado na prática dos serviços. Foi reconhecido por todos os entrevistados que há muito trabalho a fazer nesta área uma vez que o sistema

de comunicação de incidentes é essencial para a aprendizagem com os eventos adversos e tem como principal objetivo o aumento da segurança do doente sendo indissociável da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. "A subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro" (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro, pp. 3882-3889).

A dinamização de um Grupo de trabalho foi abordada por poucos enfermeiros na gestão do erro e risco de erro: "Tenho duas enfermeiras direcionadas para estas situações . . . Fazemos em conjunto sempre uma análise (tentar perceber porque é que falhou? Mecanismo transversal à equipa) para encontrar uma solução e reunimos todos e depois se dá o processo de sensibilização" (E2, Fev./2015) demonstrando que embora seja identificada a necessidade de trabalhar essa área, as iniciativas proativas dentro da equipa ainda são muito reduzidas. Na última citação é também referida a Sensibilização mencionada apenas por um entrevistado como estratégia preventiva de situações futuras.

Esse também foi o caso da Análise de reclamações: "Agora temos um registo muito atualizado sobre as reclamações feitas pelos utentes para garantir que alguns procedimentos podem ser melhorados" (E8, Fev./2015) indo ao encontro de uma visão estratégica sistémica. Através dos relatos dos doentes podem detetar-se erros e implementar medidas para prevenir outros semelhantes no futuro, além disso vai ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: "Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes" (Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem 2001, p. 13-14).

O Reforço positivo é apenas relatado por um entrevistado:

Infelizmente o profissional de saúde não se vê a ser elogiado, vê-se a ser reprecendido, . . . essa cultura do reforço negativo para passar para o reforço positivo é difícil, eu tento, mas depois o ritmo de trabalho é de tal maneira que se evidenciam os pontos fracos e é preciso falar sobre eles . . . e criei um grupo de trabalho com avaliações sistemáticas

de alguns procedimentos para sinalizar as coisas que estão benéficas . . . Até porque se faz mais vezes bem do que mal, mas o mal sobressai e é o que necessita de intervenção e mudança. Mas é esperado . . . que ande em cima e chame a atenção do que está errado. (E5, Fev./2015)

Testemunhamos assim a preocupação com a mudança cultural de culpabilização e que estratégia procura adotar para a mudança na cultura de segurança e incrementar a adesão à notificação do erro. Cada "Instituição deve procurar agir não punindo o profissional, mas buscando perceber o que o levou ao erro, no que ela pode mudar ou colaborar para uma assistência devida aos pacientes." (Ferreira, Alves, & Jacobina, 2014, p. 68). Construindo assim uma cultura de segurança forte e proativa que inclui: compromisso da liderança na aprendizagem com os erros, documentação da segurança do doente, incentivo ao trabalho de equipa, identificação de potenciais riscos e recurso a sistemas de comunicação e análise de eventos adversos (Alahmadi, 2010).

Perante a análise dos dados colhidos podemos afirmar que ainda se privilegia a abordagem individual na análise da situação, responsabilizando implicitamente o enfermeiro envolvido, "Esta forma tradicional de actuar em torno dos erros desperta um ciclo do medo, que leva a que ninguém deseje revelar ou ficar associado ao cometimento de um erro, passando a encobrir, sempre, novos erros" (Fragata, 2010, p. 567). No entanto, as iniciativas e ações descritas pelos enfermeiros gestores demonstram uma mudança significativa para uma abordagem sistémica "Não interessava saber quem foi a pessoa, interessava analisar o episódio e depois procuramos saber o que poderemos fazer para que não volte a acontecer e tem havido pouca adesão" (E5, Fev./2015).

Demonstra-se, portanto, que é necessário desenvolver a cultura de segurança no seio das equipas e da instituição no sentido de implementação e adesão à notificação e a partir daí desenvolver ações de prevenção de incidentes futuros. "A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde" (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro, pp. 3882-3883).

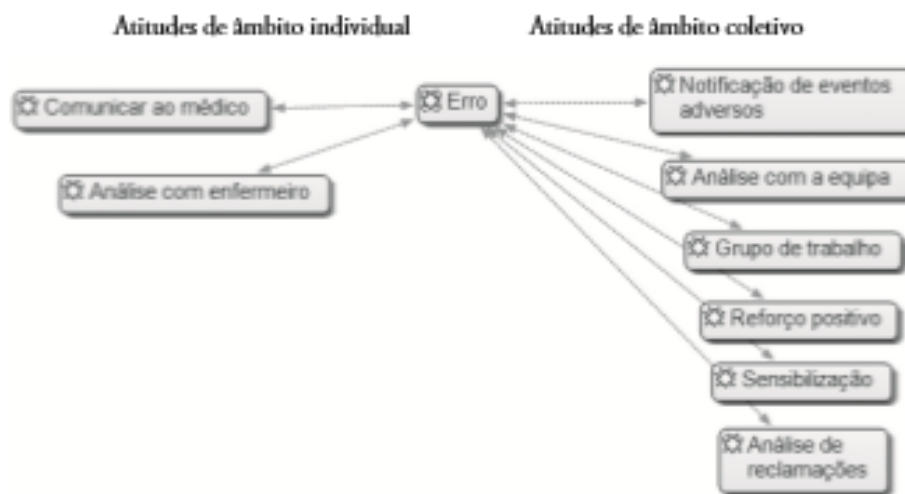


Figura 1. Áreas temáticas (families) e categorias (codes) identificadas no estudo.

## Conclusão

Este estudo permitiu conhecer as percepções dos enfermeiros gestores em relação ao erro evidenciando uma tendência inicial de centrar o processo de análise do erro no profissional envolvido e menos no erro em si.

Da análise de dados realizada percebe-se que se encontram em processo de mudança de abordagem entre uma visão individual do erro e a visão sistémica do mesmo, reconhecida pelos entrevistados, e também a dificuldade nessa mudança de atitude. As categorias identificadas no âmbito sistémico superam em número as categorias identificadas no âmbito individual. As medidas descritas de cariz individual podem ser necessárias para minimizar as consequências de um evento adverso ocorrido. Todavia e de forma mais reiterada, também são descritas medidas mais abrangentes, coletivas, de prevenção do erro, no sentido de melhorar o sistema, como é o caso da sensibilização. Foi ainda reconhecida a falta de adesão dos enfermeiros à notificação do erro e a sua importância.

Apesar da maioria das categorias identificadas serem de âmbito coletivo, os discursos foram muito vagos sobre as estratégias de análise de situações de erro, não sendo também explícitas as medidas a serem tomadas para prevenção futura de erros.

Os resultados deste trabalho permitem-nos agora refletir sobre a gestão do erro e percebe-se que há uma evolução positiva face à cultura tradicional de culpabilização, mas ainda há mais caminho para percorrer nesta área, que necessita de mudanças e investimentos, o que também foi reconhecido pelos entrevistados.

Parece-nos importante que o enfermeiro gestor procure desenvolver estratégias de gestão do risco, para perceber e conhecer que cultura e práticas face ao erro que vigoram na sua equipa para assim identificar necessidades e desenvolver planos de atuação que promovam uma cultura de segurança e notificação do erro.

Uma das limitações do presente estudo prende-se com o número reduzido de elementos da amostra e o facto de pertencerem à mesma instituição pelo que este estudo pode e deve ser replicado noutras realidades com o intuito de aferir diferenças ou não de resultados.

## Referências Bibliográficas

- Agnew, C., & Plin, R. (2014). Senior charge nurse/ leadership behaviours in relation to hospital ward safety: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 768-780. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.001
- Alkhamadi, H. A. (2010). Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), 1-5. doi: 10.1136/qhc.2009.033258
- Decreto nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro. *Diário da República nº 28/2015 – 2ª Série*. Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes NCCIP/PCA* (Norma nº 015/2014, de 25 de Setembro). Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014.aspx>
- Ferreira, M., Alves, F., & Jacóina, F. (2014). O profissional de enfermagem e a administração segura de medicamentos. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 3(1), 61-69. doi: 10.17267/2317-3378rec.v3i1.208
- Hyn, R., & Yuk, S. (2004). Leadership for safety: Industrial experience. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl. 2), 045-051. doi: 10.1136/qhc.13.suppl\_2.045
- Portin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusofona.
- Farokhzadian, J., Nayeri, N. D., & Borhani F. (2015). Assessment of clinical risk management system in hospitals: An approach for quality improvement. *Global Journal of Health Science*, 7(5), 294-303. doi: 10.5539/gjhs.v7n5p294
- Fragata, J. (2009). Gestão do risco. In L. Campos, M. Borges & R. Portugal (Eds.), *Governança dos hospitais* (pp. 16-18). Alfragide, Portugal: Casa das Letras.
- Fragata, J. I. (2010). A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20(6), 564-560. Recuperado de [http://bibliobase.sermats.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF/004449\\_ResPortClGcerd.pdf](http://bibliobase.sermats.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF/004449_ResPortClGcerd.pdf)
- Institute of Medicine. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC, USA: The National Academy Press.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2011). *Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BJM*, 320(7237), 768-770. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768
- Silva, A., Silva, J., Santos, L., Arellano, F., Santos, A., & Pereira, A. (2016). A segurança do paciente em âmbito hospitalar: Revisão integrativa da literatura. *Cognitare Enfermagem*, 21(5), 01-09. doi: 10.5380/cn.v21i5.37763
- Sousa, P. (2006). Patient safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309-318. Recuperado de <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/964/637>
- Sousa, P., Uva, A. S., & Sernambeira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. temático(10), 89-95. Recuperado de <http://www.ci.ensp.unl.pt/doc/works/multimedia/rppp2010-r%20acc%20doente/10-investig%20a%20c%20a%20e%20inov%20a%20c%20a%20e%20m%20seguran%20a%20de%20doente.pdf>
- Wachter, R. (2010). *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- World Health Organization. (2004). *World Alliance for Patient Safety: Forward programme 2005*. Geneva, Switzerland: Author.