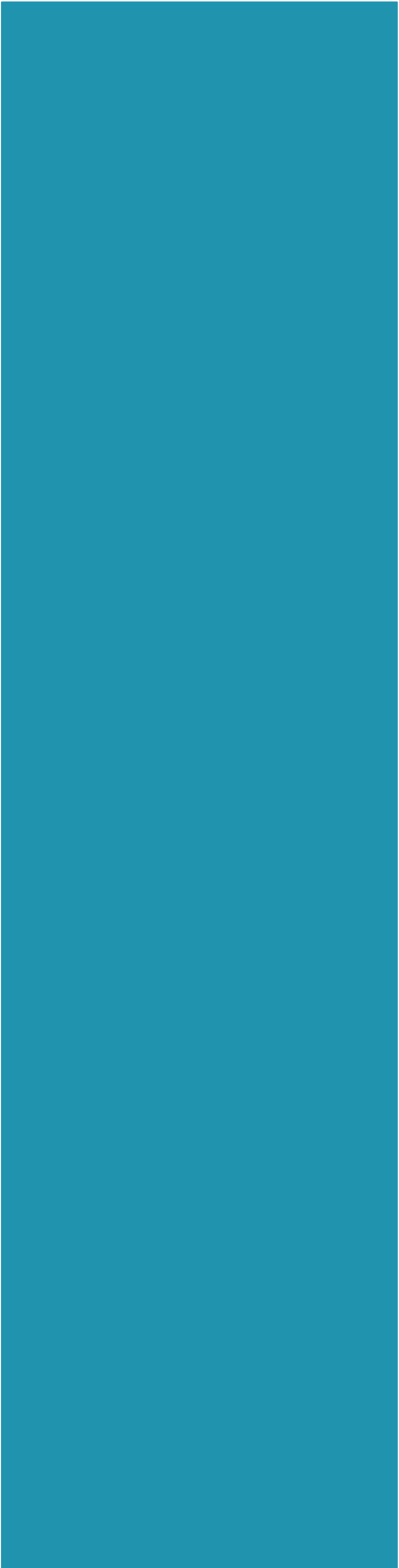




Ana Ribeiro

A Visibilidade da Cultura de Segurança nos Serviços de Pediatria

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem

A VISIBILIDADE DA CULTURA DE SEGURANÇA
NOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA

SAFETY CULTURE VISIBILITY IN PEDIATRIC
SERVICES

Dissertação orientada pela Professora
Doutora Maria Manuela Martins e
coorientada pela Enf.^a Maria Filomena
Cardoso

Ana Catarina Martins Ribeiro

Porto, 2023

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não seria possível tornar-se uma realidade e aos quais serei eternamente grata.

À Professora Doutora Maria Manuela Martins pela sua orientação, disponibilidade, pelo saber que transmitiu, pelas opiniões e críticas por todas as palavras de incentivo ao longo deste processo.

À Enfermeira Diretora Maria Filomena Cardoso pela sua disponibilidade, atenção e conhecimento que transmitiu durante a elaboração deste trabalho.

Aos Enfermeiros Gestores que participaram no estudo, pela disponibilidade e abertura com que me receberam e se mostraram disponíveis para partilhar as suas experiências.

À minha prima Marta pelo apoio, disponibilidade e enumeras trocas de impressões em relação a este trabalho e, não menos importante, à tia Lucília por todas as palavras de encorajamento ao longo da construção deste trabalho.

Aos meus pais e irmã, pelo apoio incondicional, compreensão, disponibilidade e palavras de incentivo para nunca ceder às dificuldades e concluir esta etapa.

Ao meu marido, pelo amor, partilha, companheirismo, paciência, compreensão nos períodos de ausência e pelas palavras de motivação sempre que quero iniciar uma nova conquista.

Ao meu filho Martim a pessoa que mais me motiva e me dá força para não desistir e tentar ser cada dia melhor, pela compreensão e ternura que sempre manifestou apesar da ausência e falta de atenção durante este período.

Á minha filha Laura que apesar de ainda não ter nascido, me acompanhou na fase mais difícil deste processo.

ABREVIATURAS

ACR - Análise de Causa Raiz

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

AMFE - Análise Modal de Falhas e Efeitos

APP - American Academy of Pediatrics

BOOST - Better Outcomes for Older adults through Safe Transitions

CCE - Comissão das Comunidades Europeias

CPSI-ICSP - Canadian Patient Safety Institute/ Institut canadien pour la sécurité des patients

DGS - Direção Geral de Saúde

EUA - Estados Unidos da América

HFMEA - Failure Modes and Effects Analysis

ICN - International Council of Nurses

IOM - Institute of Medicine

ISMP - Institute for Safe Medication Practices

JCAHO- Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSD -Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

RCA - Root Cause Analysis

SD - Segurança do Doente

VANCPS - Veterans Affairs National Center for Patient Safety

RESUMO

A segurança do doente é hoje uma preocupação que exige forçosamente a gestão do problema particularmente pelos gestores nos três níveis de intervenção, neste sentido procuramos compreender a segurança dos doentes na pediatria, a importância dada ao erro e a implementação do Plano Nacional de Segurança do doente.

A promoção dos níveis de segurança por parte dos enfermeiros gestores apresenta-se como um tema de crescente interesse e preocupação, na medida em que se enquadra na gestão do risco e desenvolvimento de ambientes de segurança tanto para os profissionais como para os doentes.

Importa salientar que uma das áreas de competências dos gestores é a qualidade e segurança expressas nas atividades a desenvolver nas suas unidades, de forma a garantir o desenvolvimento de um modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.

O estudo enquadra-se na metodologia qualitativa em serviços de pediatria, a colheita de dados suportou-se em observação e entrevistas semi-estruturada a Enfermeiros Gestores de quatro serviços no norte de Portugal. Para o tratamento de dados recorreremos à análise de conteúdo, seguindo as diretrizes do método de Bardin e utilizando a ferramenta Atlas.ti, e posteriormente foi realizada uma leitura flutuante, a categorização e a organização das temáticas.

Da análise de resultados emergiram 6 redes: Cultura de Segurança, Estratégias de Segurança, Formação para a Segurança, Ocorrência do Evento Adverso, Centralidade na Segurança e Áreas prioritárias da Segurança. Os resultados obtidos apontam para a existência de muitos elementos que identificam os mecanismos e procedimentos de segurança que permitem garantir níveis de segurança nos serviços de pediatria estudados, nos doentes e nas equipas profissionais. No entanto, foram também apontadas e identificadas oportunidades de melhoria a este nível, sendo o erro considerado ainda um tema causador de desconforto, medo e mesmo algum temor por parte dos profissionais de saúde que colaboraram nesta investigação.

As conclusões obtidas permitem-nos afirmar que as preocupações e desafios enfrentados pelos gestores dos serviços de enfermagem no que concerne ao tema da gestão de segurança se apresentam transversais a todos os contextos estudados.

Palavras-chave: cultura de segurança; enfermagem; pediatria; gestão

ABSTRACT

Patient safety is, today, a concern that necessarily requires management of the incidents, especially by managers at the three levels of intervention. We seek to understand patient safety in pediatrics, the importance given to incidents and the implementation of the patient's Plano Nacional de Segurança.

The promotion of safety levels by nurse managers has been presenting itself as a topic of growing interest and concern, as it has become increasingly relevant that they have risk management skills and develop a safety environment, both for staff as well as patients.

It should be noted that one of the areas of competence of managers is the quality and safety of the activities carried out in their wards in order to guarantee the development of a model of excellence and reference for the continuous improvement of the quality of health care provision and organizations.

This study fits into the qualitative methodology in paediatric wards, with data collected by observation and semi-structured interviews with Nurse Managers from four wards in the north of Portugal. For data processing, we resorted to content analysis, following the guidelines of Bardin's method and using the Atlas.ti tool, and subsequently a floating reading, categorization and organization of subjects.

From the analysis of results, 6 networks emerged: Safety Culture, Safety Strategies, Safety Training, the Occurrence of Adverse Event, Centrality in Safety and Priority Safety Areas. The results obtained point to the existence of many elements that identify the mechanisms and safety procedures that allow guaranteeing levels of safety in the paediatric wards studied, in the patients and in the professional teams. However, opportunities for improvement at this level were also pointed out and identified, with errors still being considered a topic that causes discomfort, fear and even some apprehension on the part of the health professionals who collaborated in this investigation.

The results obtained allow us to conclude that the concerns and challenges faced by managers of nursing wards with regards to safety management are transversal to all studied contexts.

Keywords: safety culture; nursing; paediatrics; management

ÍNDICE

<i>INTRODUÇÃO.....</i>	<i>9</i>
<i>I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</i>	<i>12</i>
1. A Gestão em Enfermagem e Responsabilidade na Segurança dos Doentes	13
2. A Qualidade e a Segurança do Doente	17
2.1. A segurança do doente como dimensão da qualidade.....	20
2.2. Modelos explicativos da problemática do erro/ Taxonomia e notificação do erro.....	22
3. Cultura da segurança do doente e olhares com base nos Modelos de Enfermagem.....	32
4. Segurança do doente pediátrico.....	36
<i>II- PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO.....</i>	<i>40</i>
1. Perguntas de Investigação.....	42
2. População e amostra populacional.....	43
3. Instrumentos de colheita de dados	43
4. Modelo de análise de dados e procedimentos	45
5. Procedimentos éticos e legais	47
<i>III - DISCURSOS E OBSERVAÇÃO SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA.....</i>	<i>48</i>
1. Cultura de Segurança.....	48
2. Áreas prioritárias da segurança do doente.....	53
3. Estratégias de segurança.....	58
4. Ocorrência de eventos adversos	61
5. Centralidade na segurança.....	68
6. Formação para a segurança	74
<i>IV- DOS ACHADOS AO ESTADO DA ARTE</i>	<i>77</i>
<i>V - CONCLUSÃO:.....</i>	<i>81</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>83</i>
<i>ANEXOS.....</i>	<i>88</i>

ÍNDICE DE FIGURAS:

FIGURA 1 - Triangulação da Qualidade na Saúde	18
FIGURA 2- Modelo de risco do “Queijo Suiço” de James Reason	20
FIGURA 3 - Diagrama de causa e efeito (ACR)	25
FIGURA 4 - Causas possíveis que impedem a notificação de eventos adversos	29
FIGURA 5 - Dimensões associadas à maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos	30
FIGURA 6 - Componentes estruturantes da cultura de segurança.....	34
FIGURA 7 - Objetivos estratégicos de segurança dos doentes	37
FIGURA 8 - Segurança na medicação	39
FIGURA 9 - Rede Cultura de Segurança	49
FIGURA 10 - Rede Áreas Prioritárias da Segurança	53
FIGURA 11 - Rede Estratégias de Segurança.....	58
FIGURA 12 - Rede Ocorrência do Evento Adverso	62
FIGURA 13 - Rede Centralidade na Segurança	68
FIGURA 14 - Rede Formação para a Segurança	74
FIGURA 15 - Áreas temáticas expressas pelos participantes	77

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Causas Remotas dos Acidentes segundo Charles Vincent	27
QUADRO 2 - Erros de medicação - Quando e porquê que ocorrem?	28

INTRODUÇÃO

Atualmente presenciamos um aumento do desenvolvimento e da complexidade nos cuidados de saúde, seja a nível dos meios de diagnóstico e terapêuticos, seja a nível das variadas e complexas interações humanas que ocorrem num hospital e que estão sujeitas a erros de sistema ou humanos (Fragata, 2011).

Perante avanços tecnológicos e científicos tão relevantes na área da saúde e por razões profissionais, sociais, económicas e éticas, o tema da qualidade em saúde tem vindo a ganhar mais dimensões, inclusive nos programas governamentais.

No entanto, a questão da qualidade não é novidade no mundo da enfermagem, tendo sido abordada pela primeira vez por Florence Nightingale, já no século XIX, quando manifestou preocupação com a garantia da qualidade a partir da avaliação dos próprios registos, tendo como intuito avaliar o nível de cuidados prestados e perceber onde poderia melhorar (Sale 1998).

No que se refere à segurança, podemos afirmar que esta se insere no âmbito da qualidade, caminhando assim juntas, ambas as dimensões, sendo impossível prestar cuidados de qualidade se estes não forem seguros. Da mesma forma, não se considera possível prestar cuidados de saúde seguros sem que estes sejam detentores de níveis mínimos de qualidade.

No entanto, o tema *segurança do doente* só veio a ter visibilidade após a publicação do relatório “To err is human” do Institute of Medicine (IOM) em 1999, revelando que, nos EUA, poderiam morrer anualmente entre 44.000 e 98.000 doentes, em consequência de erros clínicos. Este relatório foi responsável por impulsionar todo o movimento à volta da segurança do doente, dando conhecer ao mundo que a medicina é uma prática extremamente complexa, que comporta riscos e que provoca sofrimento, danos, incapacidades e mortes (Kohn et al 2000). É importante referir que, segundo a Institute of Medicine (IOM), tal acontecia não por responsabilidade direta dos profissionais de saúde, mas sim pelo contexto sistémico-organizacional em que estes trabalhavam (Fragata 2011).

Deste modo, o tema da segurança é algo que preocupa, hoje em dia, não só o corpo técnico (enfermeiros e médicos), mas também as equipas de gestão, doentes e a comunidade geral.

A qualidade em saúde e a segurança do paciente são áreas cujas principais características se centram na multidisciplinaridade e na pluridisciplinaridade, possuindo, por esse motivo, o requisito centrado em abordagens de carácter sistémico e integrado, que possibilitem o conhecimento, interpretação e compreensão dos fenómenos que a estas áreas estão associados.

Assim, de acordo com Sousa e Mendes (2014) revela-se necessário definir estratégias e políticas de saúde de amplitude nacional, regional e organizacional, tendo em vista a criação e implementação de planos que proporcionem uma melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança das organizações de saúde.

São variados os autores que consideram a generalidade das organizações de saúde como sendo semelhantes às organizações fiáveis e confiáveis, em termos de características, nomeadamente no que se refere à sua missão e natureza. No que concerne à sua missão, esta semelhança encontra-se essencialmente nos processos complexos, na ligação interdependente dos serviços, departamentos, equipamentos, tecnologias e profissionais. Na natureza, a semelhança é clara, pois “o risco é uma realidade constante, o trabalho em equipa uma necessidade, e a influência da cultura de segurança e de uma liderança forte são questões-chave para a organização de saúde” (Fragata, Sousa, Santos, in Sousa e Mendes, 2014, p.17), havendo ainda, no que à fiabilidade e confiabilidade diz respeito, um percurso longo de melhoria que deverá ser percorrido.

Apesar de, na atualidade, a qualidade e segurança do doente serem bastante abordadas, não podemos dizer o mesmo no que se refere à segurança dos mais pequenos, talvez por representarem um grupo minoritário, pela dificuldade em reunir informação suficiente para investigação, que se traduz na escassa disponibilidade de informação referente à segurança do doente pediátrico.

Uma vez que os doentes pediátricos não podem exigir, eles mesmos, cuidados de saúde seguros, cabe-nos a nós profissionais de saúde, representantes desses mesmos cuidados, estar conscientes dos vários riscos em cuidados de saúde pediátricos para assim concentrarmos a nossa atenção e dirigirmos recursos em direção à necessária melhoria.

Deste modo, com o intuito de contribuir para a melhoria da segurança das crianças hospitalizadas, considera-se fundamental tomarmos conhecimento do tipo de eventos adversos que ocorrem nas unidades de pediatria, pois só assim será possível criar estratégias que permitam a redução do número destes mesmos eventos adversos.

No que se refere à organização do presente trabalho de dissertação, este pauta-se pelo processo de investigação qualitativa associada à reflexão e tem por objetivo demonstrar o processo de aprendizagem gerado no Mestrado de Direção e Chefia dos Serviços em Enfermagem, particularmente sobre investigação, mas também contribuir para uma reflexão e análise de um problema vivenciado diariamente nos serviços de pediatria, a segurança dos cuidados, com resultados que contribuem para melhorar a organização quer da qualidade, quer da segurança dos cuidados.

Deste modo, no presente trabalho de investigação serão abordados, numa primeira parte, os temas referentes à problemática da qualidade e da segurança, bem como os estudos realizados

no âmbito da pediatria. A segunda parte será dedicada ao estudo empírico, pelo que serão expostos os seus objetivos, a metodologia, procedimentos de recolha de dados e apresentação dos resultados, terminando com a discussão dos mesmos e a exposição das principais limitações e conclusões.

I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na sequência do conhecimento dos dados apresentados no relatório do IOM, anteriormente referido, tanto os governos como as organizações internacionais deram início à criação de um conjunto de estratégias globais, centradas na prevenção de erros nos cuidados de saúde. Foi no decorrer do ano de 2002, após a realização da 55ª Edição da Assembleia Mundial da Saúde que surgiu um apelo aos Estados Membros e à Organização Mundial de Saúde (OMS) para que se focassem mais no problema da segurança do doente e que determinassem e reforçassem a evidência científica necessária para atingirem níveis superiores de segurança dos doentes e melhor qualidade dos cuidados. Assim, a Assembleia incentivou a OMS a desenvolver normas e padrões globais e a apoiar os esforços dos Estados Membros no desenvolvimento de políticas e práticas de segurança do doente (Comissão das Comunidades Europeias, 2008).

Foi então que no ano de 2004, e reconhecendo a magnitude do problema, a OMS criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a World Alliance for Patient Safety que, logo no ano seguinte lançou um projeto para desenvolver uma classificação internacional sobre a segurança do doente, a taxonomia de segurança do doente (DGS, 2011). Esta entidade está direcionada para a elaboração de programas e diretrizes que visem sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde e a população para a procura de soluções que potenciem a segurança do doente, a partir da divulgação de conhecimentos e de desenvolvimento de ferramentas que tornem possível a mudança da realidade de um problema a nível mundial (Gomes et al., 2016).

Desde então, o número de estudos ligados ao tema tem vindo a aumentar, proporcionando um maior número de dados e informação mais fidedigna, o que tem vindo a reforçar a notoriedade e relevância que a segurança em cuidados de saúde tem vindo a atingir a nível nacional e internacional. “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 perspetiva cada vez mais baseada em aspetos de cidadania e de ganhos em saúde” (Sousa, et al., 2010, p.94).

1. A Gestão em Enfermagem e Responsabilidade na Segurança dos Doentes

Os gestores de enfermagem desempenham um papel fundamental na supervisão de equipas de enfermagem, no desenvolvimento de políticas e procedimentos, na alocação de recursos, implementação de estratégias de qualidade, promoção de um ambiente de trabalho seguro, garantia da qualidade dos cuidados, gestão de crises e no desenvolvimento de políticas de segurança do paciente. O enfermeiro gestor deve garantir:

a Organização dos Cuidados de Enfermagem, sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros (DR, Portugal 2015 p. 5949).

É da responsabilidade dos enfermeiros gestores assegurar a qualidade dos cuidados prestados no serviço em questão, devendo motivar e alertar a equipa para a prática de cuidados de enfermagem de qualidade, sem nunca descorar as necessidades do utente, garantindo a sua satisfação (Fradique e Mendes, 2013). Só assim a equipa terá a possibilidade de desenvolver e aperfeiçoar conhecimento, habilidades e atitudes no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem (Balsanelli et al., 2018).

A gestão em enfermagem é uma atividade desenvolvida nos serviços de saúde que exige, para além da aplicação de princípios legais, a responsabilidade relacionada com a administração e coordenação de serviços de enfermagem numa instituição de saúde. É uma função crucial que envolve planeamento, organização, direção e controlo das atividades de enfermagem, para garantir condições que tornam os serviços eficazes, eficientes e efetivos nos cuidados às pessoas. As responsabilidades da gestão em enfermagem incluem o recrutamento e treino de profissionais de enfermagem, a avaliação do desempenho da equipa, o planeamento e controlo de orçamentos, a supervisão da gestão de medicamentos, a coordenação de horários de trabalho e a manutenção de registos.

Além disso, a gestão em enfermagem envolve habilidades de liderança, comunicação eficaz, tomada de decisões, resolução de problemas e trabalho em equipa multidisciplinar, uma vez que trabalha em estreita colaboração com outros profissionais de saúde, para garantir que as melhores práticas sejam seguidas e que os padrões de qualidade de cuidados sejam alcançados.

O enfermeiro gestor deve ser portador de conhecimentos clínicos sólidos, bem como de uma compreensão abrangente dos aspetos de gestão. Sendo a segurança do doente uma área de preocupação e intervenção que exige o desenvolvimento de projetos de melhoria da cultura de

segurança nas equipas, considera-se fundamental que este consiga liderar, motivar e orientar as equipas no sentido de as desenvolver. É da competência do líder orientar toda a equipa com maior ou menor proximidade, carisma e adaptabilidade, promovendo a cultura de segurança e disseminando-a.

A OMS realça a importância da liderança (em relação à cultura de segurança, à gestão e à comunicação), do trabalho em equipa (em relação à estrutura, à dinâmica e à supervisão), do trabalho individual (à tomada de decisão, stress, fadiga) e do ambiente de trabalho. Todos estes fatores concorrem para uma segurança, mais eficaz, dos doentes (Relatório Segurança dos Doentes, DGS,2015).

No entanto, a procura por uma maior segurança do doente requer esforços coordenados de profissionais e gestores na busca de um processo de cuidados de saúde com a menor probabilidade possível de dano para o doente. No âmbito de uma instituição hospitalar composta por equipas multidisciplinares (como sabemos a de enfermagem é a que representa um maior número de profissionais de saúde), o enfermeiro gestor desempenha uma função, a nível de gestão, de destaque. Assim, e uma vez que estamos perante um modelo de trabalho em equipa, é esperado que o enfermeiro gestor considere o todo de cada indivíduo, respeite as individualidades, que tenha a capacidade de reconhecer e fomentar as competências, capacidades e potencialidades de cada profissional que pertence à equipa (Ribeiro et al., 2006).

No que concerne ao tipo de liderança aplicado numa instituição, o gestor desempenha um papel fundamental na qualidade dos serviços prestados, uma vez que a forma como as equipas de são lideradas, quer em termos ambientais, humanos ou técnicos, vai influenciar significativamente os resultados atingidos (Fradique e Mendes, 2013).

Segundo o Conselho da Europa (2009), é sabido, nos dias de hoje, e através de inúmeros estudos internacionais, que um défice na segurança dos doentes constitui um grave problema de saúde pública, para além de representar um pesado ónus económico para os recursos de saúde que sabemos ser limitados (Conselho da Europa,2009 in DGS,2015).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades (PNSD, 2015-2020, p. 3882-(2)).

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) é possível encontrar elementos relevantes no que concerne, especificamente, à gestão dos sistemas de segurança em cada serviço prestador de cuidados de saúde, referindo que este se constitui como “um sistema muito

complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos”. Perante este contexto, é necessária “uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde”, sendo que “a gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada”. Deste modo, o PNSD afirma que estão implicadas e significativamente interligadas entre si as funções de governação, acompanhamento e a função operacional, em ordem a dar lugar à eficácia desta abordagem global e na qual a mesma se assenta (PNSD, 2015-2020, p. 3882).

As políticas de gestão do risco de organizações consideradas de alta fiabilidade têm servido como fonte de inspiração para a promoção de uma cultura de segurança, desenvolvimento de medidas de promoção da segurança, bem como para redefinir sistemas.

Uma organização é considerada de alta fiabilidade quando possui um registo livre de acidentes por um longo período de tempo, num ambiente onde estes acidentes seriam possíveis, uma vez que opera em condições de complexidade e de risco, e estando a funcionar a um nível mínimo de sigma 6. Segundo a designação, a palavra “Sigma” representa a nomenclatura criada para a classificação dos níveis de segurança que são atribuídos a determinada instituição em ordem crescente. Na atualidade, não se conhece nenhuma atividade humana com níveis de segurança superior a sigma 7, como por exemplo a aeronáutica civil. Já as atividades de saúde encontram-se entre sigma 2 e sigma 4.

Uma vez que a área da saúde, no que diz respeito à segurança, está menos avançada, tem-se recorrido a organizações de alta fiabilidade para servirem como fonte de inspiração para a elaboração de metodologias de segurança. Nas organizações de alta fiabilidade, os erros e as falhas, apesar de raros, também podem ocorrer como resultado de pressões ou condicionantes fortes do momento. No entanto, quando acontecem, estes são encarados como momentos de aprendizagem, valorizando a comunicação, o trabalho de equipa e a aprendizagem integrada (Fragata 2011).

As organizações de alta fiabilidade parecem ter a capacidade de se reinventar perante os erros ou falhas detetados, recuperando-os e prevendo futuros eventos. Segundo Weick (2001), as características fundamentais para o sucesso das organizações de alta fiabilidade são a preocupação com as falhas, sensibilidade às operações, relutância em simplificar as explicações para tudo o que sucede, resiliência, reconhecimento das competências e por fim fazer da segurança parte integrante do processo.

Tal como anteriormente referido, assistimos, nos dias de hoje, ao desenvolvimento e aumento da complexidade nos cuidados de saúde, tanto no diagnóstico como nos métodos terapêuticos, e ainda nas interações humanas, estando todos eles sujeitos a erros (Fragata, 2011). No

entanto, para conseguirmos melhorar os níveis de segurança dos doentes, é necessário um investimento em vários domínios, tais como o desenvolvimento de um corpo científico de conhecimentos específicos centrados na segurança dos doentes, apostar na formação e retenção dos profissionais de saúde, na gestão do risco, no controlo das infeções, etc. (ICN, 2012).

2. A Qualidade e a Segurança do Doente

A noção de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação em saúde, sendo a característica principal o juízo de valor que, sendo positivo, representa qualidade. Devido ao carácter multidimensional e subjetivo do conceito de qualidade, a sua definição e elementos que a constituem apresenta significados distintos, quer para autores, como para os diversos intervenientes (pacientes, profissionais de saúde, gestores e autoridades governamentais) (Donabedian 1980, 2003).

A qualidade é considerada um conceito de definição complexa, tendo sido abordado pela primeira vez por Florence Nightingale e, de forma mais estruturada no final dos anos 60, por Avedis Danabedian, através da tríade clássica (Resultado, Processo e Estrutura) que é referida como sendo um dos mais elucidativos deste género de abordagem, em que o objetivo é melhorar os resultados em saúde, evitar ou minimizar danos nos doentes, provocados por falhas ao nível da estrutura ou do processo de prestação de cuidados de saúde (Sousa et al., 2010).

Como referido anteriormente, a tríade clássica é composta por **estrutura** que é caracterizada por aspetos relativamente estáveis como os profissionais, os instrumentos, os recursos que temos disponíveis, os sítios e o modelo de organização do trabalho; pelo **processo** que representa o conjunto de atividades que os profissionais de saúde realizam para os doentes, o seu feedback e atividades de decisão a nível de diagnóstico, terapêutica e de ações preventivas e, finalmente, pelos **resultados**, referentes aos níveis de saúde e satisfação dos doentes. A estrutura e o processo podem estar sujeitos a influências dos profissionais de saúde e pela própria organização de saúde, no entanto os resultados são a referência a partir da qual a efetividade da estrutura e do processo pode ser avaliada (Lima, et al., 2021).

No entanto, não podemos esquecer que os laços presentes entre estas três dimensões são indissociáveis, no sentido em que a identificação de um resultado desfavorável é, muitas vezes, indicador da existência de problemas a nível do processo e da estrutura, pelo que é aconselhável a adoção de abordagens globais e integradas (Sousa et al., 2010).

Posteriormente, a segurança passou a ser considerada como um elemento indissociável da qualidade, obrigando assim a um reajuste da tríade, passando a incluir as dimensões da Segurança e da Satisfação do Doente (Fragata, 2011).

Recentemente e de forma mais simplificada, a qualidade na saúde passa a ser definida pela seguinte triangulação:

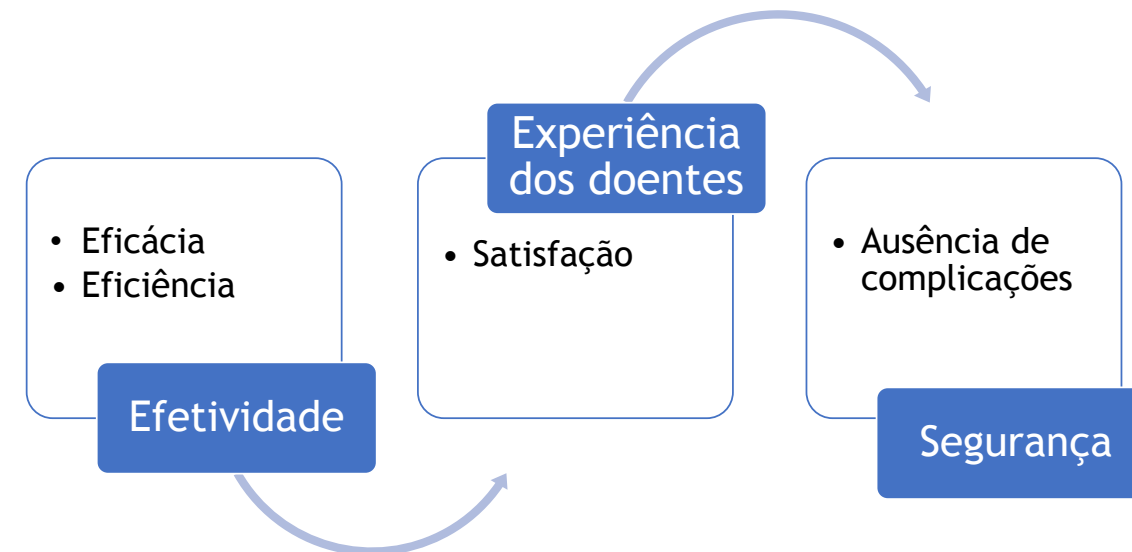


FIGURA 1 - Triangulação da Qualidade na Saúde
Adaptado da fonte: Fragata (2011, p.19)

Quando se aborda o tema segurança dos doentes, pensamos à partida que estamos perante um conceito pragmático e bem delimitado, logo fácil de identificar, analisar e sugerir alterações, no entanto, na realidade este apresenta algumas particularidades que tornam difícil a sua abordagem como por exemplo, complexidade das organizações de saúde, o carácter multifatorial das situações que estão por detrás das falhas de segurança e a sensibilidade do tema.

Foi através da publicação, no ano 2000, do relatório To Err is Human, já referido anteriormente, que este tema ganhou visibilidade ao dar conhecimento do elevado número de mortes provocadas por eventos adversos, ocorridos na prestação dos cuidados de saúde. Com o intuito de contrariar esta situação, vários países criaram instituições próprias para desenvolver estratégias de prevenção a nível nacional, com a missão de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (Sousa, 2011).

Para proporcionar uma compreensão global do domínio da segurança do doente não podemos deixar de fazer referência à Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente que, apesar de ainda não estar completa, foi criada com o intuito de facilitar a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação da

informação, de forma a criar uma convergência de percepções internacionais para poder proporcionar melhores cuidados de saúde. Esta estrutura é constituída por 10 classes de alto nível: tipo de incidente; consequências para o doente; características do doente; características do incidente; fatores contribuintes/perigos; consequências organizacionais; deteção; fatores atenuantes do dano; ações de melhoria; ações para reduzir o risco (DGS, 2011).

Assim podemos concluir que, para avançar no tema segurança do doente devemo-nos focar simultaneamente nos indivíduos e no sistema, pois é certo que a aceitação da necessidade de mudança da prática com vista a potencializar a segurança do doente, passará sempre pelo esforço individual e das equipas, mas é fundamental que as organizações de saúde procedam também a alterações organizacionais que incentivem e possibilitem essas práticas mais seguras (Trindade et al., 2014).

No que toca à realidade da segurança do doente em Portugal, ainda não é verdadeiramente conhecida a dimensão nem as consequências associadas às falhas na segurança. Este facto deve-se à ausência de orientações gerais e específicas na análise das causas, desenvolvimento de estratégias para diminuição das falhas que podem dar origem a eventos adversos, predomínio de uma cultura de culpabilização em detrimento de uma cultura de análise e aprendizagem, e a ausência de um sistema de reporte de eventos adversos a nível nacional (Sousa, 2006).

A promoção da segurança do doente exige dedicação de maneira continua e coordenada de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, continua e promotora da segurança e cultura de segurança, baseada numa atitude não punitiva e de melhoria continua (PNSD, 2015-2020).

Sendo difícil definir a qualidade na saúde, será ainda mais complicado medi-la. Para que ocorra uma evolução nos modelos de boas práticas, é fundamental que haja um investimento no desenvolvimento e implementação de sistemas de notificação de erros que tenham como foco a visão sistémica de segurança, e que permitam assim, reconhecer padrões de erros que possam ser evitáveis bem como as suas principais causas (Belela et al., 2011).

Só é possível desenvolver um processo mais abrangente na melhoria continua da qualidade e da segurança do doente se existir conhecimento e compreensão dos eventos adversos, da sua frequência, origem, impacto no doente, e capacidade de desenvolver métodos capazes de diminuir e/ou prevenir os mesmos (Sousa et al., 2010).

2.1. A segurança do doente como dimensão da qualidade

Tal como anteriormente referido, foi através do IOM que a segurança apareceu pela primeira vez como dimensão integrante do conceito de qualidade do cuidado (Martins, in Sousa e Mendes, 2014). No entanto, ao ser considerada a segurança como um elemento indissociável da qualidade, obrigou a um reajuste da tríade, passando a incluir as dimensões da Segurança e da Satisfação do Doente.

Dados fornecidos pelo relatório da RAND Corporation para a Comissão Europeia em 2008, dão conta da estimativa de que 8% a 12% dos doentes que se encontram internados em hospitais sofrem o impacto direto de eventos adversos que resultam, não da sua doença ou condição clínica, mas de cuidados de saúde prestados (Conselho da Europa, 2009, in DGS, 2015).

O carácter multifatorial subjacente às falhas de segurança dos doentes é facilmente compreensível quando explicado à luz da teoria do queijo suíço de James Reason, que se encontra representado na figura 2.

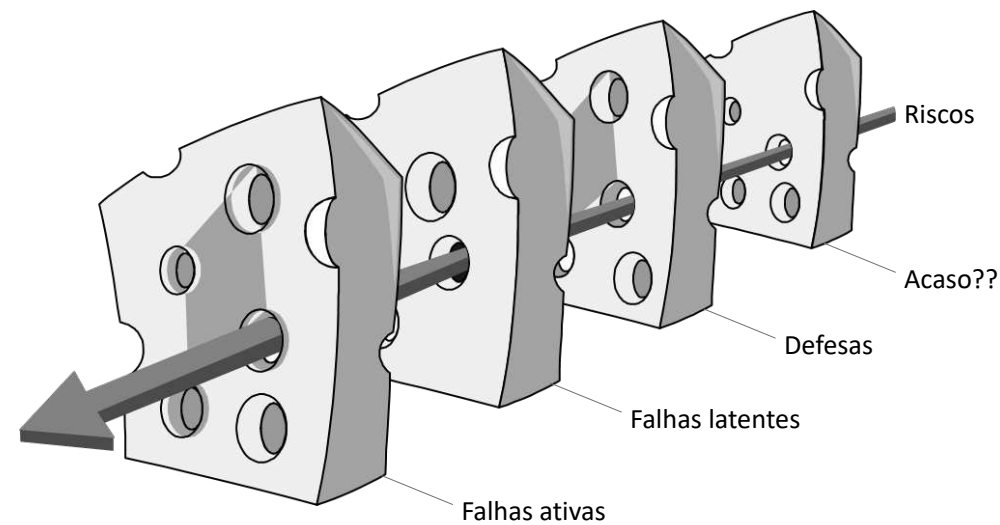


FIGURA 2- Modelo de risco do “Queijo Suíço” de James Reason
Fonte: Fragata (2011, p.26)

A “teoria do queijo suíço - swiss cheese” foi desenvolvida por Reason (2000), um professor da Universidade de Manchester, para explicar a génese dos acidentes em sistemas de organização complexa que podem ocorrer por duas razões: *falhas ativas* e *falhas latentes*. As *falhas ativas* são os lapsos e os enganos cometidos pelas pessoas que estão no final da ação. Já as *falhas latentes*, são os agentes patogénicos residentes no sistema que resultam de decisões tomadas por pessoas que não estão diretamente envolvidas na ação. Estas falhas tendem a ficar adormecidas no sistema, e por si só, não ocasionam acidentes, mas quando alinhadas com sucessivas lacunas de segurança e na ausência de defesas, proporcionam janelas de oportunidade para a ocorrência de um acidente (Figura 4). Este modelo sustenta a teoria de que os acidentes são provocados principalmente por pessoas boas, mas que se encontram a trabalhar em sistemas maus ou em organizações com mau desenho. Contrariamente às falhas ativas, que dificilmente se conseguem prever, as falhas latentes podem ser identificadas e corrigidas antes de acontecer o acidente, o que representa uma forma proativa de abordar o erro.

Assim sendo, quanto maiores e mais abundantes forem as lacunas de segurança e maior a carência de alarmes de defesa, maior será a probabilidade de se proporcionar um acidente.

Vários países Europeus optaram por basear os programas de avaliação e melhoria de qualidade e segurança na definição, análise, monitorização e avaliação de indicadores. Contudo é importante, independentemente do ambiente de cuidado, que a escolha de indicadores de segurança seja centrada, preferencialmente, em indicadores com comprovada evidência científica, que estejam relacionados com questões que tenham impacto sobre a saúde e a segurança dos doentes (Gouvêa, in Sousa e Mendes, 2014).

No que se refere aos riscos, no Plano Nacional de Segurança do Doente (2015-2020) podemos ler que “o ciclo de melhoria continua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquiza-los, identificando as ações de melhoria a desencadear” (p.3882-(2)).

Para efetuar a identificação do erro e a avaliação do risco, devemos recorrer à metodologia de identificação e avaliação do risco, assente em cinco passos: a identificação do fator de risco, dos indivíduos expostos, avaliação do risco e a determinação das prioridades de intervenção, a definição das medidas a implementar e a reavaliação. O recurso a esta metodologia vai fornecer informação relativamente ao que, na nossa atividade, favorece a ocorrência de acontecimentos indesejáveis e não esperados para, posteriormente, podermos desenvolver mecanismos que diminuam, dificultem ou eliminem a possibilidade de estes ocorrerem (Ramos et al., 2011).

2.2. Modelos explicativos da problemática do erro/ Taxonomia e notificação do erro

Ainda não existe consenso relativamente à definição do erro. Se analisarmos apenas o fator comportamental, um erro representa um desvio involuntário de um plano preestabelecido, mas, em termos sociais, um erro comporta sempre uma conotação de falha.

Sabemos hoje que os eventos adversos por medicação são os mais divulgados e graças a esse contributo, foi possível perceber que os erros e os acidentes em saúde têm uma dinâmica própria, uma tendência e um movimento que é do nosso interesse conhecer, pois só assim será possível minimizar os fatores predisponentes e interceder as várias trajetórias.

São os erros de medicação que ocorrem com maior reiteração, podendo ou não provocar dano nos doentes, sendo o grau de gravidade muito variável. Estima-se que correspondam a um terço de todos os eventos adversos em medicina e, sabe-se que, pelo menos, “5% de todos os doentes internados num hospital sofrerão um evento adverso de medicação” (Watcher, 2006, como citado em Fragata, 2011, p. 111-112).

Os erros de medicação podem ocorrer em vários momentos, tais como, no momento da prescrição, da transcrição, dispensar, administração assim como na adesão à terapêutica e na monitorização e controlo da sua utilização. É considerado **erro de medicação** qualquer incidente evitável que esteja relacionado com a medicação, que causou, ou poderia ter causado danos. Noutra perspetiva temos o **evento adverso de medicação** que, por sua vez, é considerado o dano provocado pelo uso de um medicamento, podendo ou não ter sido o resultado de um erro e, no terceiro aspeto, surge a **reação adversa de medicação** que é o efeito adverso de um fármaco, ocorrendo quando este é usado em doses normais e por uso normal (Fragata 2011).

Segundo Fragata (2011, p.21) a taxonomia do erro é constituída por um conjunto de conceitos que de seguida descrevemos: erro, erros honestos, erros por negligência, erros sem dano, perigos, risco inerente, risco adicional, eventos adversos, eventos major, eventos minor, Incidentes, acidentes, near miss, eventos sentinela, cadeias de erro e falhas ativas, falhas latentes, defesas e a teoria do “queijo suíço”:

O **erro** é um conceito relacionado com o desvio de um resultado criado a partir da relação do plano estabelecido previamente. Os erros assumem diversos tipos, conforme o mecanismo de produção pelo que podem surgir na configuração de lapsos ou falhas. Estes podem ser considerados erros automáticos, ligados a acontecimentos e comportamentos de atenção ou destreza e os enganos são erros por preparação imperfeita, por má aplicação de regras ou por mau raciocínio, isto é, resultam de decisões cognitivas erradas.

Já no caso dos **erros honestos** os profissionais cumprem as suas obrigações, de forma zelosa, atuam de acordo com as normas estabelecidas. As pessoas erram, simplesmente, pela natureza de serem humanos e as consequências são da responsabilidade destes, mas geralmente são desculpabilizados. Estamos perante **erros por negligência** quando são provocados por indivíduos ou organizações que não respeitam nem cumprem as normas, agindo de forma insegura. Já no caso dos **erros sem dano** são erros que poderiam ter provocado dano, mas que por alguma razão não provocaram.

Se estamos perante situações em que pode ocorrer uma adversidade que favorece a ocorrência de um evento adverso com dano, são denominadas de **perigos**, ou seja, são perigos que podem potenciar o risco inicial.

No que concerne à categoria dos riscos, esta pode ser um **risco inerente**, isto é, todo o risco clínico inevitável que está associado a uma condição clínica ou tratamento, mesmo que seja realizado em condições consideradas perfeitas, com equipamentos e equipas de excelência ou **risco adicional**, que ocorre quando os doentes sofrem um risco clínico para além do risco inerente, ou seja, quando são vítimas de uma complicação que poderia ser evitada.

Quanto ao tipo eventos que podem ocorrer na prática diária da prestação de cuidados, podemos dividi-los em 3 categorias, sendo elas os **eventos adversos**, que são acontecimentos indesejáveis, evitáveis ou não, resultado de atos praticados ou apenas por omissão, que resultam do tratamento e não da doença com consequências variáveis desde danos físicos a meros transtornos do fluxo de tratamento, representando perda da eficiência e agravamento de custos. No caso dos **eventos major** são eventos que colocam imediatamente em risco a vida do doente e que obrigam a uma ação imediata, na tentativa de contrariar o ocorrido, evitando danos mais graves. Por fim, os **eventos minor**: são eventos que ocorrem durante um tratamento ou intervenção cirúrgica, mas que não põem em risco a vida do doente, no imediato, nem de forma direta. Este tipo de eventos, apesar de não serem graves (ex: queda de instrumentos, distrações, telemóveis que tocam, etc.) são frequentes e cumulativos, podendo dar origem a situações mais graves.

Incidentes: todos os acontecimentos indesejáveis que perturbam o decorrer de um processo, dando origem a transtornos ou danos menor, mas que não põem em causa o resultado final esperado. No caso de estarmos perante uma situação indesejável, que ocorra durante o processo e que coloque em causa o resultado final esperado, de uma forma geral com consequências permanentes, este é denominado de **acidente**.

Near miss: é um acontecimento que foi recuperado de uma trajetória certa de acidente, por atuação humana e/ou do sistema da organização, sem produzir dano. O near miss tem um papel fundamental pois, sendo facilmente reportado, permite conhecer trajetórias de acidente e preveni-las.

Eventos sentinela: evento adverso que ocorre de forma isolada e inesperada, causando dano grave ou mesmo a morte, impondo sempre necessidade de investigação que revele a origem e causas do acidente.

Cadeias de erro: sequência de erros, envolvendo uma sucessão obscura de causas organizacionais e de causas individuais que dão origem ao acidente. Estas causas múltiplas serão à posteriori reveladas a partir de uma análise de causa raiz (RCA) que será abordada posteriormente.

Falhas ativas, falhas latentes, defesas e a teoria do “queijo suíço”: tendo sido anteriormente abordada, a teoria desenvolvida por James Reason pretende explicar a gênese dos acidentes: falhas ativas (erros) cometidas por pessoas, que são facilitadas por falhas latentes (falha no sistema) e que, por si só, não originam acidentes. No entanto, ao serem associadas e alinhadas com aberturas de segurança sucessivas, bem como a ausência de defesas, estas representam a ocorrência de oportunidades para o acontecimento de um acidente.

De acordo com Reason (2000, in DGS 2015), a preocupação com o erro, com a possibilidade de acontecimento da falha, constitui uma das mais importantes características de uma organização com elevada fiabilidade. Deste modo, este autor acredita ser fundamental que se considere o erro e a possibilidade da sua ocorrência como algo essencial e assumido como parte integrante da atuação humana, defendendo por isso que se revela necessário dotar os profissionais de saúde dos conhecimentos e ferramentas que lhes permitam reconhecer, corrigir e recuperar esses mesmos erros (Relatório Segurança dos Doentes, DGS, 2015).

Assim sendo, os estudos realizados sobre a segurança do doente sugerem o uso de ferramentas que proporcionem uma melhoria da cultura de segurança nas instituições, uma vez que ainda existe fragilidade relativamente à segurança dos cuidados de saúde, dos quais fazem parte também os cuidados pediátricos. Neste sentido, e com o intuito de desenvolver a gestão da qualidade na assistência, foram criadas ferramentas, programas e métodos de qualidade para a diminuição dos erros. Entre as ferramentas mais utilizadas, destacam-se a Análise de Causa Raiz (ACR) e a Análise Modal de Falhas e Efeitos (AMFE), as quais podem ser aplicadas em contexto pediátrico.

No que concerne especificamente à ferramenta ACR, a sua utilização na área da saúde teve início em meados da década de 90, passando a ser considerada, em 2007, pela The Joint Commission (JC) como essencial e de uso obrigatório para eventos sentinela a nível hospitalar. Esta ferramenta permite efetuar a análise dos eventos de forma reativa, procurando assim os fatores que contribuíram para a ocorrência de um determinado erro, com o intuito de reduzir a probabilidade de que o erro se repita através do esclarecimento das causas e da elaboração de um plano de ação (Lima et al., 2021).

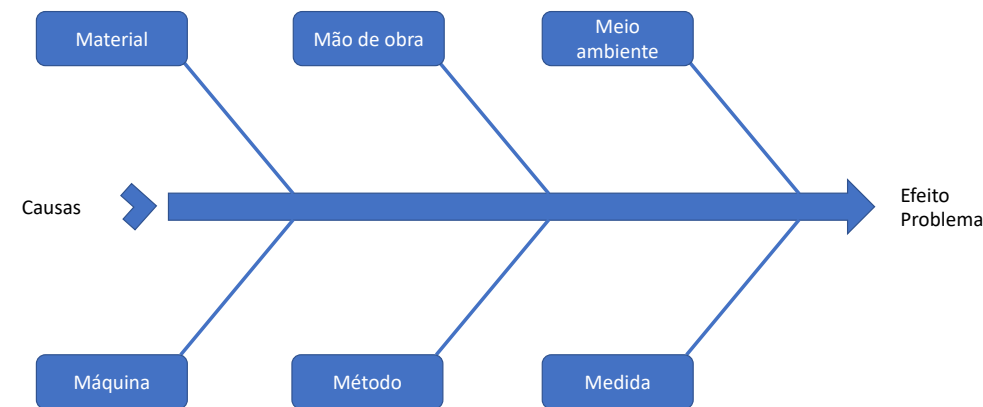


FIGURA 3 - Diagrama de causa e efeito (ACR)
Adaptado de: Souza (2021)

Relativamente à Análise dos Modos de Falha e os seus Efeitos (AMFE) esta ferramenta foi criada em 1949 nos EUA e, em 2007, foi considerada pela JC como uma ferramenta essencial para a identificação dos riscos de segurança, que consiste na análise de processos de alto risco com o intuito de prevenir a ocorrência de possíveis erros no cuidado. Surgiu posteriormente a Healthcare Failure Modes and Effects Analysis (HFMEA), que se constitui como uma ferramenta focada na área da saúde, com o intuito de realizar uma avaliação proativa de risco, mas com diferenças consideráveis em relação à ferramenta mãe, como por exemplo, nos processos para atribuir gravidade e probabilidade, ações e resultados, linhas de responsabilidade e prestação de contas (Michigan, 2021).

A sua aplicação diversificou-se por outras áreas de atividade, tendo sido em 1994 que se verificou a primeira aplicação da AMFE na prestação de serviços de saúde, no âmbito específico da administração de medicação, através do The Institute for Safe Medication Practices.

Tanto a AMFE como a ACR originaram importantes resultados que possibilitaram melhorias e mudanças significativas nos serviços onde foram implementadas, o que denota a sua qualidade e ajuste à realidade da atividade de prestação de serviços de saúde, contribuindo assim para o desenvolvimento de metodologias específicas que conduzem à redução de danos, bem como ao consequente aumento da segurança do paciente.

Assim, o uso de ferramentas como ACR e /ou AMFE, na área pediátrica, pode ajudar na identificação dos erros que estão relacionados com a prestação de cuidados, fornecendo resultados possibilitadores do desenvolvimento de medidas que assegurem a melhoria dos

cuidados de saúde, a redução de dano e o consequente aumento da segurança do doente (Lima et al., 2021).

Por norma, quando recebemos informação, temos tendência a priorizar os estímulos visuais e reagimos com três tipos possíveis de mecanismos: automaticamente e sem pensar, aplicando regras de semelhança e de frequência que resultaram anteriormente em situações parecidas ou refletindo profundamente (Fragata, 2011).

A existência do erro faz parte da existência humana, e quando ocorre um erro mediante atitudes diretas, os chamados “fatores humanos”, pode ser por falta de atenção e de destreza decorrentes de atividades automáticas, que é denominado como nível 1. Este tipo de erros ocorre em geral a pessoas com experiência realizando várias tarefas ao mesmo tempo, por distração ou cansaço - são os lapsos ou falhas. Existem ainda os erros de nível 2 e de nível 3, os enganos, que resultam de escolhas erradas, mais ou menos pensadas, cometidos principalmente, mas não só por pessoas menos preparadas, com menos conhecimento ou com menos experiência (Fragata 2011).

As condições de trabalho, a organização, a equipa, os níveis de cansaço e de stress podem proporcionar a ocorrências de erros, e somente uma análise às causas remotas poderá explicar a percursor e as causas que lhe deram origem. (Fragata 2011).

O reconhecimento da inevitabilidade do erro deve ser aliado ao desenvolvimento de um sistema não punitivo de notificação e análise de eventos adversos, permitindo a identificação pro-ativa das ameaças latentes, desenvolvendo assim uma cultura de aprendizagem em detrimento da culpabilização.

Fragata (2011) faz referência a Charles Vincent, do Imperial College em Londres, estabeleceu diferentes níveis de causalidade para os acidentes em saúde.

Causas Remotas dos acidentes segundo Charles Vincent	
Causas	Fatores
Instituição	Bom ambiente, abertura
Organização/gestão	Nível de restrições financeiras, definições, cultura de segurança local
Ambiente de trabalho	Dotação pessoal, turnos, equipamento
Equipa	Comunicação, supervisão, liderança
Fatores Individuais	Competência, motivação, cansaço
Tarefa	Desenho, protocolos, rigor
Complexidade (doente)	Dificuldade técnica, gravidade da doença, barreiras de comunicação, fatores sociais.

QUADRO 1 - Causas Remotas dos Acidentes segundo Charles Vincent
Fonte: Fragata (2011, p.28)

Segundo Fragata para que ocorra um acidente concorrem invariavelmente fatores humanos, fatores da equipa, fatores do sistema (organização e equipamento) e uma certa dose de acaso. Dependendo das atividades estima-se que 60% da responsabilidade seja de fatores humanos e da equipa, 30% do sistema e o resto do acaso. (Fragata 2011).

Segundo refere a JCAHO, baseada em análise de causas remotas dos acidentes, a causa dos eventos adversos é multifatorial, onde a componente humana e equipa domina, e onde o sistema ou organização de trabalho tem um papel proporcionar ou dificultar a ocorrência do mesmo. Por fim, a complexidade do local, da tarefa e das condições externas completam as determinantes de risco.

Com o intuito de compreender as causas mais frequentes para a ocorrência de erros de medicação e possíveis eventos adversos, assim como alguns dos seus mecanismos e algumas soluções propostas para os diminuir apresentamos o seguinte quadro (Fragata, 2011, p. 114).

Fase da Medicação	Mecanismos e Soluções
Prescrição	Caligrafia ilegível; Uso de abreviaturas; História de medicação mal colhida Confusão do nome do fármaco a usar Uso incorreto de decimas, zeros, vírgulas, etc. Uso de ordens verbais (sem estruturação) Em resumo, ocorrem por: Erro de atenção; Erro de conhecimento
Transcrição	Transcrições intermédias Leitura do farmacêutico
Dispensa	Separação de fármacos com nome e aspeto confundível Separar fármacos perigosos (potássio, citostáticos, etc.) Simplificar os métodos de dispensa e o trabalho do farmacêutico, sem interrupções, e com o maior grau de automatismo possível Em resumo, deverá ser dada atenção a: Identificação e rotulo do fármaco Dispensa da dose; Transporte para o piso
Administração	Verificar a identidade do doente Assegurar-se que a dose está bem calculada, fazendo-a recalcular por outro profissional Verificar que aquele fármaco é o prescrito para aquele doente, que a dose está certa, que a via de administração é aquela e que a hora de administração está correta (chamados cinco “R”, Right patient, Right drug, Right dosis, Right route, Right time) e que as condições clínicas do doente no momento permitem a administração do fármaco e, finalmente, que este é injetado durante o tempo recomendado. Em resumo (os “5 certos”): Doente certo; Fármaco certo; Dose certa; Hora certa; Via certa + condições clínicas adequadas;
Reações adversas	Efeitos colaterais adversos; Alergias Interações medicamentosas

QUADRO 2 - Erros de medicação - Quando e porquê que ocorrem?
Fonte Fragata (2011)

O autor que “a prevalência e a gravidade dos eventos adversos varia com fatores que tem a ver com o doente, com a especialidade e o ambiente onde o tratamento é feito”, sendo que “o impacto dos eventos adversos transcende largamente os danos provocados aos doentes, atinge ainda os profissionais e a sociedade e é gerador de custos acrescidos em saúde” (Fragata, 2011, p. 15).

Quando ocorre um incidente ou acidente o mesmo deve ser prontamente declarado, com o intuito de conhecer a sua incidência e analisar os acontecimentos que levaram à sua ocorrência, podendo assim prevenir a sua repetição.

Contudo nem sempre é fácil chegar a uma conclusão relativamente ao número de casos em que ocorreram eventos adversos, “a verdadeira dimensão dos eventos adversos em saúde é difícil de avaliar, nomeadamente por deficiente definição e por escassez de registo” (Fragata, 2011 p. 15). Na figura que se segue damos a conhecer, algumas das possíveis causas para esse impedimento:

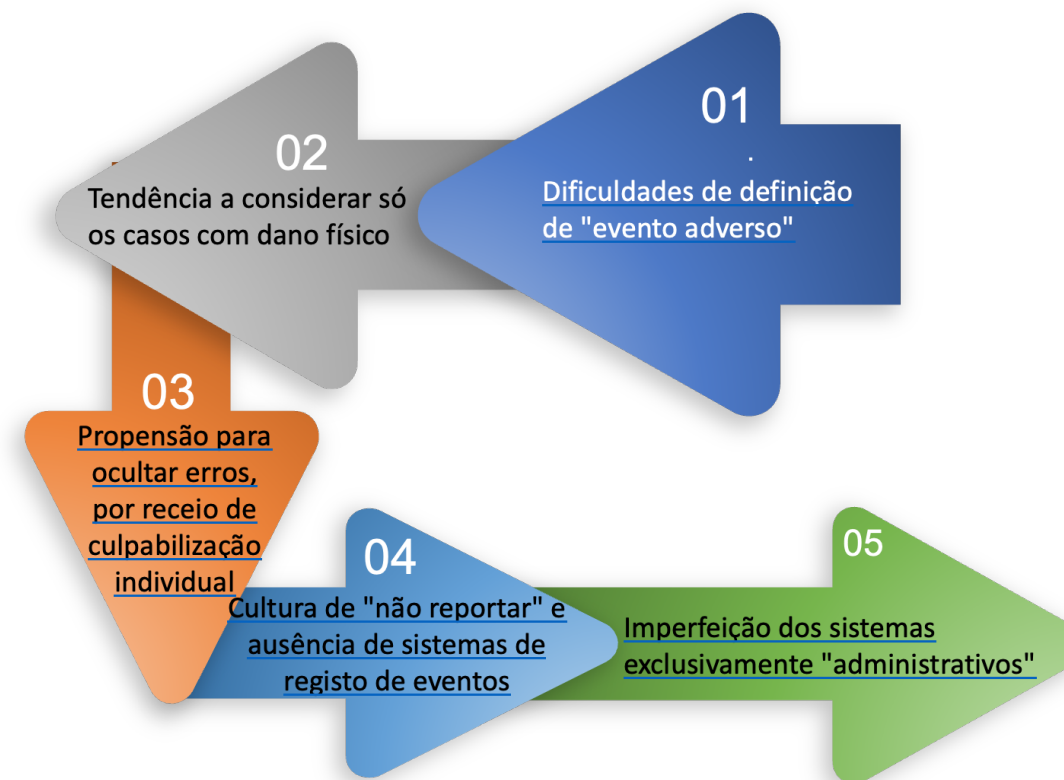


FIGURA 4 - Causas possíveis que impedem a notificação de eventos adversos
Adaptado de: Fragata (2011)

De acordo com Fragata (2011, p.13) a probabilidade bem como a gravidade de sofrer um evento adverso é maior nas seguintes dimensões:

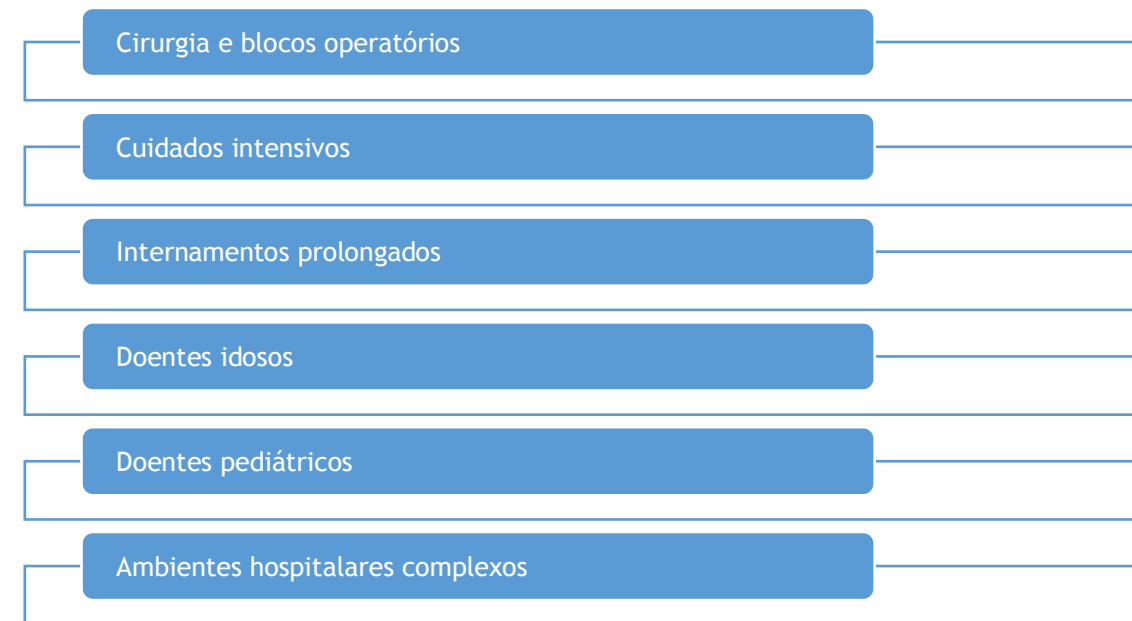


FIGURA 5 - Dimensões associadas à maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos
Adaptado de Fragata (2011)

Segundo o mesmo autor calcula-se que cada doente internado numa unidade de cuidados intensivos possa vir a sofrer entre um a dois eventos adversos por dia, e que nas áreas médicas não intensivas, a ocorrência de erros de medicação pode chegar a ser de um erro por doente por dia.

No entanto, as consequências dos erros não terão tanto a ver com a frequência com que estes ocorrem, mas sim com o impacto e a gravidade que causam, como por exemplo na área da prescrição/medicação em que a frequência será grande, mas nem sempre as consequências serão graves. Como sabemos quanto mais perigosos forem os medicamentos maior o risco de efeitos adversos que causam, assim como quanto mais extensa e mais diferenciada for uma intervenção cirúrgica maior será o risco de consequências graves em caso de acidente. Podemos assim concluir sem surpresas que os acidentes ocorridos nas áreas de cirurgia e de cuidados intensivos tenham um peso maior, baseado na gravidade dos erros produzidos. (Fragata 2011).

Para ter sucesso na implementação de um sistema de relado de incidentes, é necessário que as instituições definam uma política de gestão de incidentes que assente numa visão sistémica onde o profissional faz parte do todo e o erro é visto como uma oportunidade de aprendizagem e de revisão dos processos.

Podemos afirmar que ainda existe uma resistência à utilização destes sistemas, como a dificuldade dos profissionais de saúde em aceitarem o erro, a escassa ou inexistente formação neste âmbito, o receio de repercussões dentro da instituição e o medo de punição e respetivas consequências legais (Ramos et al, 2011).

Segundo vários estudos realizados, os profissionais revelam preocupações relativamente às consequências da notificação do erro, como por exemplo se fica registado no seu processo pessoal demonstrando assim a necessidade urgente de se transformar mentalidades. Este tipo de postura sugerem a existência de uma cultura de culpabilização em detrimento de uma cultura just, que preconiza uma aprendizagem e aperfeiçoamento constantes em benefício da segurança do doente.

Deve fomentar-se a existência de um ambiente livre de culpa, até porque a existência de erros é inerente à condição humana. Cada um, independentemente da profissão, idade, anos de experiência ou aptidão profissional, pode em algum momento, por alguma razão cometer um erro. A solução passa por saber valorizar cada um dos incidentes ocorrido, aprender com eles e utilizar esse conhecimento para minimizar a ocorrência de eventos futuros (Paese et. Sasso,2013).

3. Cultura da segurança do doente e olhares com base nos Modelos de Enfermagem

É necessário olhar o problema de investigação com base na especificidade de enfermagem, por isso importa aprofundar suportes teóricos que nos ajudaram a emergir no problema da cultura de segurança nos serviços de pediatria.

Existem várias teorias de enfermagem que abordam o conceito de segurança, onde cada uma delas oferece uma perspetiva única sobre como o enfermeiro pode promover a segurança do doente e criar ambientes de cuidados seguros.

A Teoria do Déficit de Autocuidado, de Dorothea Orem, apresenta-se como uma das teorias mais citadas em enfermagem, enfatizando a importância do autocuidado e a responsabilidade do indivíduo de cuidar de si mesmo. Para Orem (2001) o autocuidado representa a prática de atividades que promovem o aprimoramento e amadurecem as pessoas que a iniciam e a desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, onde os objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. A necessidade de intervenção de enfermagem é determinada pelo aumento das exigências de autocuidado que superam a capacidade do indivíduo para o autocuidado. A segurança é considerada uma componente essencial do autocuidado, e os enfermeiros são responsáveis por ajudar os indivíduos a adotarem comportamentos e práticas seguras para promover a sua saúde e bem-estar.

A Teoria do Modelo de Adaptação, de Callista Roy defende que a enfermagem é a ciência e a prática que potencia as capacidades adaptativas e procura transformações nas pessoas inseridas no meio ambiente. A utilização do conceito de pessoa como sendo um sistema adaptável possibilita aos enfermeiros a conceptualização dos cuidados sustentados na interação da pessoa com o seu ambiente (Coelho, 2011).

O Modelo de adaptação constitui a base para a compreensão da pessoa como um sistema com a capacidade de se adaptar, onde a pessoa é o destinatário dos cuidados de enfermagem, a saúde é vista como um estado e um processo em que a pessoa se torna total e integrada e o ambiente as condições e circunstâncias que afetam o comportamento e desenvolvimento da pessoa (Medeiros, 2015). A segurança é considerada um componente crucial da adaptação bem-sucedida. Os enfermeiros têm a função de identificar os estímulos que podem ameaçar a segurança do doente e implementar medidas de adaptação para promover a segurança e a saúde, contribuindo assim para a saúde, a qualidade de vida e a morte com dignidade.

No caso da Teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson esta teoria do cuidado humano envolve a abordagem à pessoa na sua totalidade, ou seja, foca-se o cuidado holístico e compassivo.

A sua finalidade principal envolve o cuidado pela equipa de enfermagem à pessoa, deixando para trás os cuidados tradicionais, centrados apenas na dimensão física e cujo o objetivo principal é a cura da doença. A integração das dimensões humanas promove um cuidado mais efetivo do que apenas focado na cura, que nem sempre é possível (Evangelista, C. et al. 2020 cit. Watson, 1999,2012). A segurança é vista como parte integrante do cuidado, e os enfermeiros são incentivados a criar ambientes seguros para os doentes, promovendo a confiança, a empatia e a segurança emocional.

A Teoria do Alívio de Stress, de Sister Callista Roy aborda a resposta do individuo ao stress e na promoção do bem-estar. Os enfermeiros desenvolvem um papel preponderante na identificação de fatores de risco capazes de desencadear stress e implementar estratégias para os minimizar e assim garantir a segurança do doente. No entanto, é de salientar que a aplicação prática destas teorias pode variar em função do contexto e das necessidades específicas do doente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a cultura de segurança de uma organização de saúde como *“o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde”* (Relatório Segurança dos Doentes, DGS,2015 pag.3).

O nível de cultura de segurança bem como a capacidade de organização presente nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, estão profundamente ligados com o número de incidentes de segurança ocorridos durante a prestação de cuidados de saúde. O risco de ocorrência de incidentes aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde, segundo evidencia.

Para promovermos a cultura de segurança é necessário compreender que cultura representa um combinado de perceções e de comportamentos de um certo grupo ou organização e expressa o modo como estes exercem a sua atividade. A cultura beneficia de uma posição no grupo e na organização, mas isso acarreta uma interiorização de cada um dos membros participantes.

Podemos verificar alguns dos elementos determinantes na cultura de segurança que vão ao encontro do que têm vindo a ser abordado ao longo desta dissertação (Fragata,2011): Valores partilhados entre os indivíduos que representam a instituição como perceções, skills e comportamentos sobre segurança e competências; Tratar o tema da segurança como prioridade, imbuída nos “genes” da organização e fazendo parte do modelo de negócio;

Garantir que existe um estilo de comunicação aberta; Aceitar a falibilidade/vulnerabilidade; Manter-se consciente da presença do risco e antecipação de erros; Política de incentivo à notificação e discussão de eventos, sem culpa e centrado nas causas sistémicas; Cultura *just* -

responsabilização sem culpa; Ver o erro como um momento de aprendizagem; Resiliência em matéria de segurança.

Ao olhar o modelo de negócio criado nas organizações teremos que ter orientações precisas do que são cuidados de enfermagem e o que estes implicam na assistência do doente pois a cultura de segurança transcende o modelo biomédico, em causa não estão apenas intervenções interdependentes, mas importa repensar que erros cometemos quando desenvolvemos, ou não as intervenções autónomas dos enfermeiros.

Sabemos hoje que “cultura representa o conjunto de perceções e de comportamentos de um grupo ou organização e traduz o modo como esta exerce a sua atividade. A cultura tem uma dimensão no grupo e na organização, mas implica uma interiorização em cada um dos seus membros atuantes” (Fragata, 2011, p.82). Na verdade, a visão que temos de enfermagem tem implicações na cultura local e nas atividades que desenvolvemos para garantir segurança aos doentes.

Para promover uma cultura de segurança, James Reason definiu três componentes fortemente estruturantes:



FIGURA 6 - Componentes estruturantes da cultura de segurança
Adaptado de James Reason (1990)

No entanto, nos dias de hoje parece fundamental acrescentar dois componentes, a transparência e a confiança dentro da equipa. Sabemos que as mudanças culturais não são simples nem rápidas de ser implementadas, mas têm de ser iniciadas e para isso Fragata (2011), faz referência às seguintes vias para iniciar a mudança: encarar os erros da perspetiva do sistema e não das pessoas; fazer a transição da accountability e culpa para uma cultura just, encarar os erros como oportunidades de aprendizagem, porém com tolerância zero para a violação de regras e para a negligência; alteração de comportamento no sentido do deixar para

trás o secretismos e abraçar a transparência em torno das falhas; alteração da prática no sentido da perspetiva da mudança se focar mais nos doentes e menos no staff; alteração dos modelos de trabalho, da dependência na excelência individual para o trabalho em equipa, cooperativo e, se possível, envolvendo o doente na equipa; manter accountability universal e recíproca (não só top down): a administração não pode apenas esperar que seja feito, têm também de oferecer as condições para que seja feito.

Para que estas mudanças tenham início é fundamental que sejam bem lideradas, pois a liderança pode ser a chave do sucesso, ou a razão do insucesso em qualquer organização que esteja baseada no trabalho de equipas.

A realidade portuguesa é retratada num estudo piloto realizado numa amostra de hospitais após o qual se instituiu a avaliação da cultura de segurança do doente nas instituições hospitalares, através da publicação da Norma n 025/2013, de 24 de dezembro. Como resultado desse estudo piloto, as dimensões que foram consideradas como pontos fortes são: *“trabalho em equipa, a aprendizagem organizacional - melhoria continua e as expetativas do supervisor/gestor e ações que promovem a segurança do doente”*. Relativamente à possibilidade de melhoria foram referidas as seguintes dimensões: *“resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação e dotação de profissionais,”* (Relatório Segurança dos Doentes, DGS, p.38, 2015).

Resumindo, a equipa, a comunicação e a aprendizagem são as dimensões essenciais para a aplicação do método das organizações de alta fiabilidade à realidade hospitalar e assim a construção da cultura de segurança. Importa ainda deixar claro que esta cultura implica olhares sobre o processo assistencial e uma compreensão da natureza dos cuidados nos contextos, o que nos leva a pensar que só é possível discutir estas áreas, se mergulharmos nos referenciais teóricos seguidos por estas organizações, ou seja que enfermagem querem as organizações para tornar a assistência mais segura?

4. Segurança do doente pediátrico

São raros os estudos nacionais e internacionais que abordam o tema da segurança do doente pediátrico, no entanto, mesmo existindo poucos estudos acerca da segurança do doente pediátrico, os dados obtidos são preocupantes, pois acredita-se que as crianças, pela sua especificidade, têm uma maior probabilidade de sofrer um evento adverso durante um período de internamento hospitalar, em comparação com a população adulta (Silva et al. 2016).

Uma criança que sofra um evento adverso pode ser afetada fisicamente, emocionalmente, psicologicamente, a curto ou a longo termo. Os eventos adversos não afetam apenas a criança, vão mais além, afetando pais (culpa, depressão, frustração, absentismo, tensão nas relações familiares, etc.), a escola, o sistema de saúde (custo e ocupação da cama) e até a própria comunidade (cps-i-csp, 2013).

A população pediátrica possui uma grande variabilidade de idades das crianças internadas e a diferença em termos de desenvolvimento exige uma adaptação constante dos profissionais de saúde, para além das especificidades inerentes a esta população: dependência de um profissional de saúde, quer para a realização de atividades de vida diárias, quer para a prestação de cuidados médicos e uma menor capacidade para comunicar que varia em função do estágio de desenvolvimento. Não esquecendo, as condições anatómicas e fisiológicas que tendo ainda graus consideráveis de imaturidade requerem a adaptação de equipamentos, a necessidade da realização de cálculos em função do peso, o maior impacto fisiológico aquando da ocorrência de eventos adversos medicamentosos e a ocorrência de doença aguda mais prevalente, que os torna mais vulneráveis e por consequência com maior probabilidade de sofrer um evento adverso quando comparamos com a população adulta (Sousa et al., 2014).

Apesar do uso apoiado pela prática clínica e pesquisas na área da pediatria, verifica-se, no dia a dia da prática hospitalar de atendimento pediátrico, uma oferta reduzida de medicamentos parenterais com características e formulações específicas para utilização em pediatria. Uma vez que a maioria dos fármacos de uso parenteral não são disponibilizados pela indústria farmacêutica em apresentação pediátrica, os profissionais de saúde vêem-se obrigados a recorrer a práticas que promovam o uso, em crianças, de medicamentos formulados para adultos, implicando cálculos sofisticados, re-diluições, manipulação excessiva e administração de doses muito fracionadas, o que predispõe a ocorrência de falhas (Belela et al., 2011).

Para além das dificuldades referidas, muitas vezes nos serviços de pediatria é necessário recorrer à preparação de manipulados, o que acresce o risco de ocorrência de erro na

preparação, principalmente na etapa do cálculo da dose, da seleção e da dosagem dos componentes.

Assim, com o objetivo de incentivar a adoção de medidas que visem a melhoria da segurança do doente foi criado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020, 3882-(3)) que “visa, (...), melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria continua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde atingir os seguintes objetivos estratégicos” apresentados na figura seguinte:

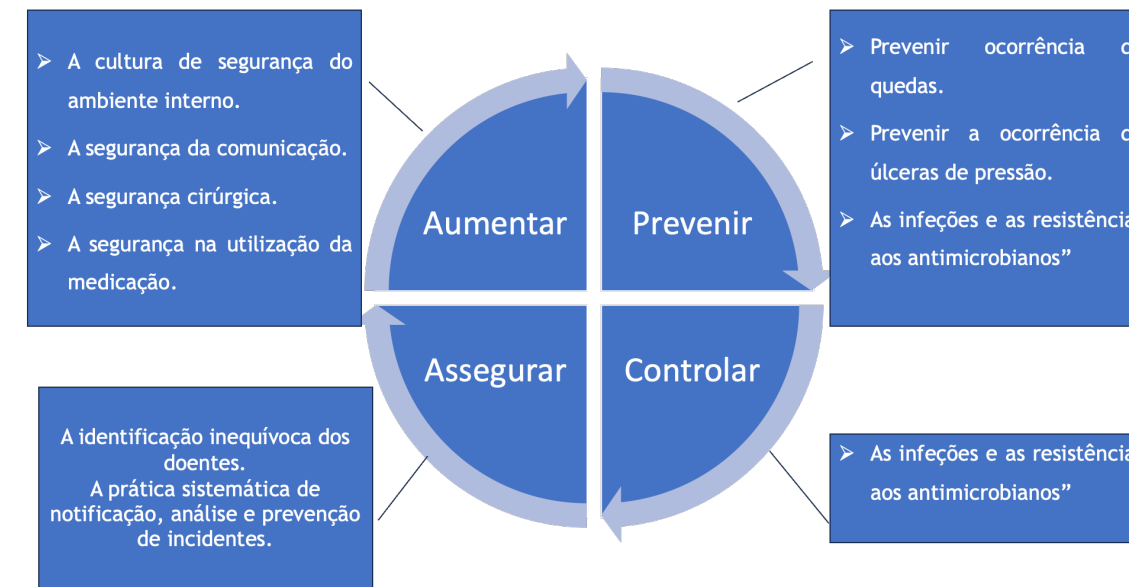


FIGURA 7 - Objetivos estratégicos de segurança dos doentes
Adaptado de Plano Nacional Segurança do Doente (2015)

O PNSD deve ser adotado pelos prestadores de cuidados de saúde, fazendo para isso, a respetiva adaptação à sua organização. Com o intuito de atingir com sucesso os objetivos anteriormente descritos as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais deverão assim inscrever, nos seus planos de ação anuais, atividades que visem a sua concretização.

Também o Conselho da União Europeia para os Estados-Membros, em 2009 publicou o documento referente às Recomendações Relativas a Questões Gerais de Segurança dos Pacientes: Desenvolvimento de políticas e programas nacionais para a segurança dos pacientes; Responsabilização e informação dos cidadãos e pacientes; Apoio à formação ou reforço de sistemas de notificação de eventos adversos; Promoção do ensino e formação dos profissionais de saúde para a segurança dos utentes; Classificação e mensuração da segurança do doente a nível comunitário; Partilha de conhecimentos, experiências e boas práticas; Desenvolvimento e promoção da investigação na área da segurança dos doentes.

Assim e com o intuito de conhecer outras realidades e outras formas de trabalhar, foi realizada uma pesquisa sobre a segurança do doente, na qual foi disponibilizado, por várias instituições do Canadá, como por exemplo Institut Canadien pour la Sécurité des Patients (ICSP) e Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP), um conjunto de estudos e indicações adaptadas à realidade do país. Apesar de em Portugal ainda não dispormos de uma oferta tão vasta a nível de conhecimento neste tema, nem a mesma variedade de material para fazer face ao evento adverso, considera-se interessante a sua abordagem.

Com o propósito de conhecer a incidência e o tipo de eventos adversos ocorridos nas crianças hospitalizadas no Canadá foi realizado um importante estudo que integrou 22 hospitais distribuídos por 7 províncias. Nesse estudo foi possível constatar que 9,2% das crianças hospitalizadas no Canadá vivenciaram um evento adverso provocados na prestação de cuidados provocando a morte, incapacidade, aumento do tempo de hospitalização ou a readmissão. Demonstra também que a idade do doente e o motivo do internamento influenciam a probabilidade de este se produzir (cps-icsp, 2013).

Assim, a segurança dos cuidados cirúrgicos e intensivos, e a concentração dos recursos na pesquisa constituíram os primeiros esforços referentes à melhoria da segurança na prestação de cuidados de saúde no Canadá.

A análise frequente dos diversos eventos adversos relatados nas plataformas digitais tem permitido conhecer os fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes em doentes pediátricos, quer em contexto hospitalar ou domicílio. Esta adesão à notificação ocorre com o intuito de tornar mais segura a utilização da medicação perante esta população, passando pelo aumento da oferta de medicação com formulação pediátrica e favorecendo a inclusão da criança e dos adolescentes na explicação dos seus medicamentos, afim de os incentivar a serem parceiros ativos nos seus próprios cuidados (ISMP, 2022).

A American Academy of Pediatrics (AAP) defende necessidade de uma sensibilização acrescida às questões de segurança dos doentes pediátricos e medidas para reduzir os danos evitáveis, mas uma melhor compreensão da amplitude e das consequências dos eventos adversos na pediatria é indispensável para conceber e implementar mudanças (AAP, 2011).

Dentro das estratégias existentes para reduzir ou eliminar os erros de preparação podemos destacar a indicação de recurso a formulas standart, validadas publicadas por organismos especializados em pediatria e à implementação de novas tecnologias (ex: recurso à leitura de código de barras) garantindo a identificação exata de um determinado produto (ISMP, 2022).

Neste sentido, revela-se pertinente e de fundamental importância a existência de especial preocupação com a segurança do paciente, especialmente do paciente pediátrico, através da adoção de métodos eficazes de gestão da segurança, da implementação de boas práticas que previnam a ocorrência de erros e possibilitem o seu registo e consequente correção e melhoria.

A utilização de programas de gestão da qualidade, estruturados e integrados por um conjunto de atividades e meios de aperfeiçoamento constante da prática, conduz, assim, à melhoria da qualidade.

Assim com o intuito de dificultar a ocorrência de evento adverso e de incluir os doentes nos cuidados, o Institute for Safe Medication Practices Canada, elaborou, em 2016, um documento dedicado ao doente (Anexo nº.1) no qual apresenta a recomendação de 5 questões sobre a medicação a colocar ao médico, enfermeiro ou farmacêutico (tradução própria):

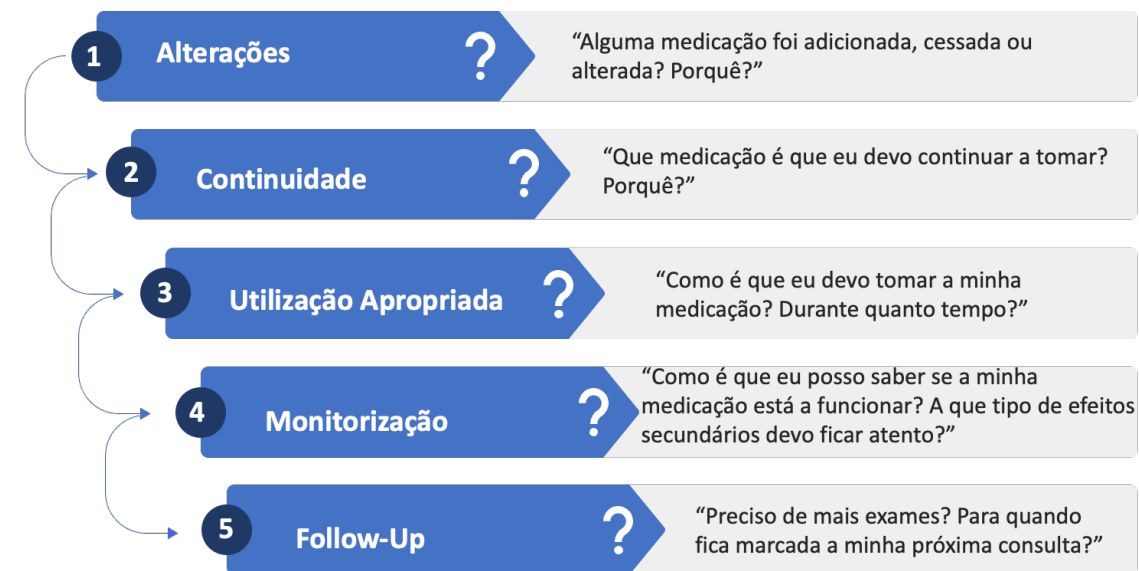


FIGURA 8 - Segurança na medicação
Adaptado de: Institute for Safe Medication Practices Canada (2016)

Podemos assim concluir que se apresenta necessário e urgente melhorar a segurança dos cuidados de saúde pediátricos, mediante a identificação de eventos adversos frequentes ocorridos nos recém-nascidos e crianças hospitalizadas (cps-i-icsp, 2013).

II- PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO DE CAMPO

A organização desta fase da investigação foi pautada pela influência teórica da metodologia de investigação qualitativa, enquanto formato de aquisição de conhecimentos, que, de forma ordenada e sistemática, permite encontrar respostas para questões acerca da realidade que nos rodeia (Reis, 2010, p.57).

A metodologia qualitativa permite compreender o sentido da realidade social na qual se insere a ação, fazendo uso do raciocínio indutivo e tendo como finalidade chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos (Fortin, 2009). Neste tipo de estudos, o investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tais como se apresentam, mas não mede nem controla, sendo o objetivo deste método de investigação descritivo (Fortin, 2009), pelo que os objetivos do estudo são:

- Identificar as áreas de preocupação do enfermeiro gestor com a segurança dos doentes na pediatria;
- Compreender a importância dada pelos enfermeiros gestores à cultura de segurança do cliente e ao erro.
- Analisar os comportamentos expressos no dia a dia dos enfermeiros do serviço no que se refere à implementação do Plano Nacional de Segurança do doente.

Deste modo, o processo de investigação foi iniciado através da elaboração das questões de investigação e da definição dos objetivos. Em seguida foram definidos os critérios para a seleção da amostra, bem como os instrumentos utilizados na colheita de dados.

Por fim, procedemos a uma descrição dos procedimentos adotados na recolha de dados, indicando e justificando os métodos utilizados. Assim, neste capítulo apresentamos os conteúdos integrantes do trabalho de campo desenvolvido, procurando ter sempre como horizonte o objeto da investigação em ciências de Enfermagem, que se centra no "estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de Enfermagem" e que "conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina" (Fortin, 2009, p. 26).

A escolha do tipo de estudo deve ter em conta, a natureza do problema a investigar e depende da perspetiva teórica do investigador, relativamente às diferentes formas de o abordar. O presente estudo suporta-se no método qualitativo.

O reconhecimento que esta é uma área sensível da qualidade dos cuidados de enfermagem, tem dado origem à realização de vários estudos, essencialmente qualitativos, em que se procura compreender o tipo de falhas envolvidas no mecanismo do erro e as circunstâncias em que este ocorre.

1. Perguntas de Investigação

Segundo Fortin (2009, p. 38), *“a etapa inicial do processo de investigação consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina”* nesse sentido, e com o intuito de conhecer de perto as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros gestores dos serviços de pediatria para implementar uma cultura de segurança nos serviços, formulamos a seguinte pergunta de partida: “Quais as condições e atividades desenvolvidas pelos enfermeiros gestores na segurança dos doentes em pediatria no sentido de garantir uma cultura de segurança nos serviços?” A partir desta pergunta formulamos as seguintes questões:

- Como organizam os enfermeiros gestores as suas atividades para planearem a implementação do plano de segurança dos doentes?
- Será que as enfermeiras aplicam e utilizam estratégias nas suas atividades diárias para implementarem o plano de segurança nos doentes?
- Que atividades são identificadas durante o turno da manhã com vista à segurança dos doentes?
- Será que os enfermeiros gestores acompanham o desenvolvimento de procedimentos destinados à segurança do doente?
- Como avaliam os enfermeiros gestores as áreas de segurança desenvolvidas pelas enfermeiras?
- Como se processa a ocorrência de erros?

Estas questões, que são essenciais para o desenvolvimento do estudo, irão acompanhar todo o processo de pesquisa de forma a dar corpo ao pensamento sistemático da investigação.

2. População e amostra populacional

O presente estudo inclui 3 unidades hospitalares, e respetivos serviços de pediatria, tendo como participantes 5 gestores de enfermagem de Hospitais no Norte de Portugal. Trata-se de uma amostra não probabilística intencional considerando a facilidade de acesso e diferenciando um hospital de grandes dimensões, um de média e um de menor dimensão, mas com serviços de pediatria.

Face à seleção dos métodos utilizados para a compreensão do problema e porque fizemos recurso a observação resulta um escopo a observação de 10 dias distribuídos pelos mesmos serviços tendo sido delineado dois turnos por cada serviço, consideramos os dias como referência pois em cada dia observamos equipas diferentes e incorporamos manhas e tardes.

3. Instrumentos de colheita de dados

A colheita de dados suportou-se numa entrevista, uma vez que este tipo de instrumento permite reunir uma quantidade significativa de informação, recorrendo a questões que promovem a descrição de experiências individuais (Polit, et al., 2000). Este instrumento permite que os participantes falem espontaneamente, com um discurso falado, o que nos permite chegar com mais transparência ao objeto de estudo (Bardin,2013).

Recentemente Dias e Gama (2019, p.64) refere que “a entrevista é uma prática conversacional em que é produzido conhecimento em profundidade através da interação entre entrevistador e um entrevistado ou grupo de entrevistados”.

Existem diferentes organizações para a entrevista, mas a mais utilizada é a semiestruturada ou semidirigida, que combina as variantes das entrevistas estruturada e não estruturada (Fortin, 2009) pelo que neste estudo privilegiamos estes dois tipos contudo organizamos um guião de entrevista pois queríamos promover a relação do investigador com os participantes, o que é determinante para a emersão nos dados, Neste tipo de entrevista é importante a flexibilidade, pois permite que o entrevistado escolha os termos e a ordem, consoante o fluxo do diálogo. Outras vantagens incluem o acesso a informações relevantes e a possibilidade de esclarecimentos adicionais. (Tarozzi, 2011).

As entrevistas e dias de observação foram agendadas via e-mail ou chamada telefónica de acordo com a disponibilidade e conveniência de cada serviço e entrevistado decorrendo entre Janeiro e Maio de 2019. Cada entrevista teve uma duração média de 40 minutos.

Seguindo-se sempre que possível a transcrição. Depois de transcrita foi dada ao entrevistado para validar e só depois considerado como conteúdo válido para análise.

Cada entrevista teve dois momentos um de caracterização sumária e outro o corpo da entrevista propriamente dita, tendo sido organizada por blocos temáticos centrados em objetivos específicos e acompanhados de questões abertas nesse sentido foi composto um guião (Anexo nº2). Todas as entrevistas iniciadas após o processo de aceitação e consentimento esclarecido.

Para o objetivo de explorar a importância atribuída pelos enfermeiros gestores às questões de segurança do serviço colocamos as três questões. Com o objetivo de descrever as áreas que os enfermeiros gestores privilegiam como fundamentais à segurança do doente colocamos também três questões. Para identificar instrumentos para o controlo da segurança dos doentes colocamos uma questão. Para identificar estratégias que os enfermeiros gestores utilizam para a monitorização da segurança do doente e do serviço, também colocamos uma questão. No sentido de analisar formas utilizadas pelos enfermeiros gestores para a implementação de medidas corretivas para a segurança do doente, colocamos uma questão e por último com o objetivo de analisar o modelo de segurança dos serviços colocamos quatro questões. A entrevista no seu todo foi constituída por 13 perguntas de orientação considerando que no decorrer do discurso muitas vezes o participante respondia articuladamente às questões dispensando a sua reformulação.

O segundo processo de colheita de dados centrou-se na observação, expresso em notas de campo, um método de colheita de dados utilizado em investigações para obter informações sobre eventos, comportamentos ou fenómenos estudados. É uma técnica que envolve a observação direta e sistemática de pessoas, objetos ou eventos no contexto em que ocorrem.

Na observação procuramos seguir os princípios da clareza onde nos centramos nos objetivos estabelecidos, no planeamento antecipado dos detalhes da observação, como local e período de tempo, nos critérios de inclusão/exclusão, na frequência das observações e métodos de registo dos dados. Desenvolvemos ainda uma observação participante onde nos aproximamos e questionamos os enfermeiros observados, em seguida era efetuado o registo dos dados onde procuramos de forma sistemática e objetiva transcrever o observado, o que se materializou nas notas de campo.

A reflexão sobre o que foi observado levou-nos a incorporar os princípios éticos emergindo textos apenas datados e nunca com referência nem aos enfermeiros nem às crianças ou aos acompanhantes.

Sobre as notas de campo que são um componente importante da pesquisa qualitativa, resultantes da observação direta de eventos e comportamentos no contexto dos serviços de pediatria que selecionamos para o estudo. As notas são registos descritivos e reflexivos feitos pelo pesquisador durante o processo de colheita de dados, com o objetivo de documentar as suas observações, impressões e insights sobre o fenómeno estudado.

Foram escritas no formato de narrativa descrevendo os eventos relacionados com a segurança do doente ou expressões simbólicas da cultura de segurança, as interações, os comportamentos, os discursos e outros elementos relevantes que ocorrem no ambiente de segurança. Incluímos ainda nas notas de campo reflexões pessoais, perceções, interpretações, dúvidas e insights emergentes. Essas reflexões serão contributos importantes para a análise e interpretação dos dados recolhidos, fornecendo um contexto rico e uma compreensão mais profunda do fenómeno estudado (Bogdan et al., 2019).

4. Modelo de análise de dados e procedimentos

A informação relevante para este estudo foi recolhida, tal como já referido, através de entrevistas semiestruturadas aos Enfermeiros Gestores e observação.

Constituído o corpo do material de análise iniciamos a *pré-análise*, onde o material é organizado e assim *exploramos* o material e o *tratamento dos resultados* para fazer inferências e a interpretação (Bardin, 2013).

Cada entrevista foi importada para o aplicativo Atlas.ti 22 como documento para se iniciar a análise.

Em termos metodológicos asseguramos o cumprimento dos princípios de Bardin L. para a organização da análise de conteúdo, que consiste num conjunto de técnicas de análise de comunicações através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. O intuito da análise de conteúdo é “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de receção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos, ou não)” (Bardin, 1977, como citado em Franco, 2018, p. 38).

A maior vantagem de recorrer à análise de conteúdo, um instrumento segundo Bardin (2013) polimorfo e polifuncional, consiste:

“para além das suas funções heurísticas e verificativas - no constrangimento por ela imposto de alongar o tempo de latência entre as intuições ou hipóteses de partida e as interpretações definitivas. Ao desempenharem o papel de <técnicas de rutura> face à

intuição aleatória e fácil, os processos de análise de conteúdo obrigam à observação de um intervalo de tempo entre o estímulo-mensagem e a reação interpretativa. Se este intervalo de tempo é rico e fértil, então há que recorrer à análise de conteúdo...” (p.11).

O processo desenvolvido para análise divide-se em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos (Bardin, 1977, como citado em Franco, 2018).

Iniciamos por uma leitura livre de todo o material seguindo-se a análise dos registos levando-nos às categorias e grupos temáticos.

A pré-análise é o momento de organização e preparação do material recolhido “que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais” (Bardin, 2013 p.121) no qual foi efetuado uma transcrição integral e rigorosa do que havia sido relatado.

Na fase da exploração do material foi realizada uma leitura do mesmo com o intuito de identificar conteúdos comuns e reunir áreas temáticas, as categorias. Esta fase, “longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (Bardin, 2013 p.127) quer seja através de procedimentos manuais ou computadorizados. Neste sentido recorreremos ao programa informático Atlas.Ti como instrumento de apoio na codificação e categorização das entrevistas.

Posteriormente é esperada a análise dos dados obtidos através do tratamento dos resultados que, segundo Bardin “os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos (<falantes>) e válidos” (Bardin, 2013 p.127).

5. Procedimentos éticos e legais

Uma investigação exige responsabilidade pessoal e profissional, de maneira a que o desenho do estudo seja concordante sob o ponto de vista ético. Nesta investigação foram adotados os princípios elementares: os participantes não devem ser prejudicados, o que se relaciona com o princípio da não maleficência; os intervenientes concederam o seu consentimento informado de forma voluntária, o que permite assegurar o princípio da autonomia; e assegurar aos intervenientes a confidencialidade e o anonimato, respeitando assim os princípios de beneficência e justiça (Streubert e Carpenter, 2002).

A cada Enfermeiro Gestor foi entregue, por via e-mail ou em formato físico, toda a informação sobre a investigação, disponibilizando um projeto tese assim como o Consentimento Informado para que fosse lido e assinado.

A cada interveniente foi também garantida a possibilidade de recusa na participação, desistência ou retirar a mesma do estudo sem qualquer comprometimento.

Nos estudos de cariz qualitativo, as preocupações éticas são particularmente relevantes. A relação de proximidade que se estabelece entre o investigador e os participantes exige responsabilidade, honestidade e respeito pelos princípios éticos, nomeadamente a garantia da confidencialidade dos dados obtidos e da privacidade dos participantes (Fortin, 2009).

No presente estudo todos os procedimentos respeitam a confidencialidade e anonimato dos participantes, tendo para isso identificado todas as entrevistas com a letra E e posteriormente atribuído um número de forma aleatória.

III - DISCURSOS E OBSERVAÇÃO SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA

A preocupação de segurança das crianças e a cultura de segurança promovida nos serviços de pediatria vai pautar a análise expressa nas palavras dos gestores em enfermagem nesta área.

Foram identificadas as categorias suportadas pelo conhecimento científico disponível em confronto com as entrevistas dos gestores e com o que foi observado nos serviços, para assim numa fase posterior criamos redes temáticas que são os guias para a apresentação de resultados.

A partir do conteúdo que foi possível reunir através das entrevistas e da observação, foi efetuada uma análise e posteriormente criadas 6 redes com as respetivas categorias. Neste sentido, foi efetuada a conexão entre o que foi abordado nas entrevistas, o que foi observado e a respetiva categoria sendo posteriormente estudadas as ligações entre cada categoria pertence à rede.

1. Cultura de Segurança

A cultura de segurança em serviços de saúde refere-se a um ambiente organizacional que promove a segurança dos doentes, pais que acompanham as crianças e profissionais de saúde por meio da identificação, prevenção e mitigação de riscos relacionados à prestação de serviços de saúde. Uma cultura de segurança eficaz requer o envolvimento e comprometimento de todos os membros da equipe de saúde, desde a liderança administrativa até os profissionais de linha de frente, o que justifica que as fontes de informação foram os gestores em enfermagem e observação no serviço.

Ao abordar a cultura de segurança levam-nos a procurar pilares fundamentais que explicam o trabalho previsível do gestor sendo de salientar a liderança, a comunicação eficaz, a melhoria contínua, o envolvimento de todos incluindo os doentes e seus pais na particular situação da pediatria. A Cultura de segurança é influenciada por fatores organizacionais, como o ambiente de trabalho, o dimensionamento adequado da equipe, a disponibilidade de recursos e a infraestrutura física. Uma organização que valoriza a segurança do paciente deve investir na criação de um ambiente de trabalho seguro e favorável. (Scott, et al, 2003).

A rede a baixo apresentada identifica as categorias referentes à cultura de segurança, que emergiram dos discursos e da observação nomeadamente: partilha de boas práticas, investigação sobre segurança, designação de elementos da equipa para gestão de risco e estratégias de sensibilização para o erro. Recordemos que na cultura de segurança, é fundamental a avaliação para direccionar intervenções de melhoria e supervisionar a evolução das mesmas nos hospitais (DGS, 2020).

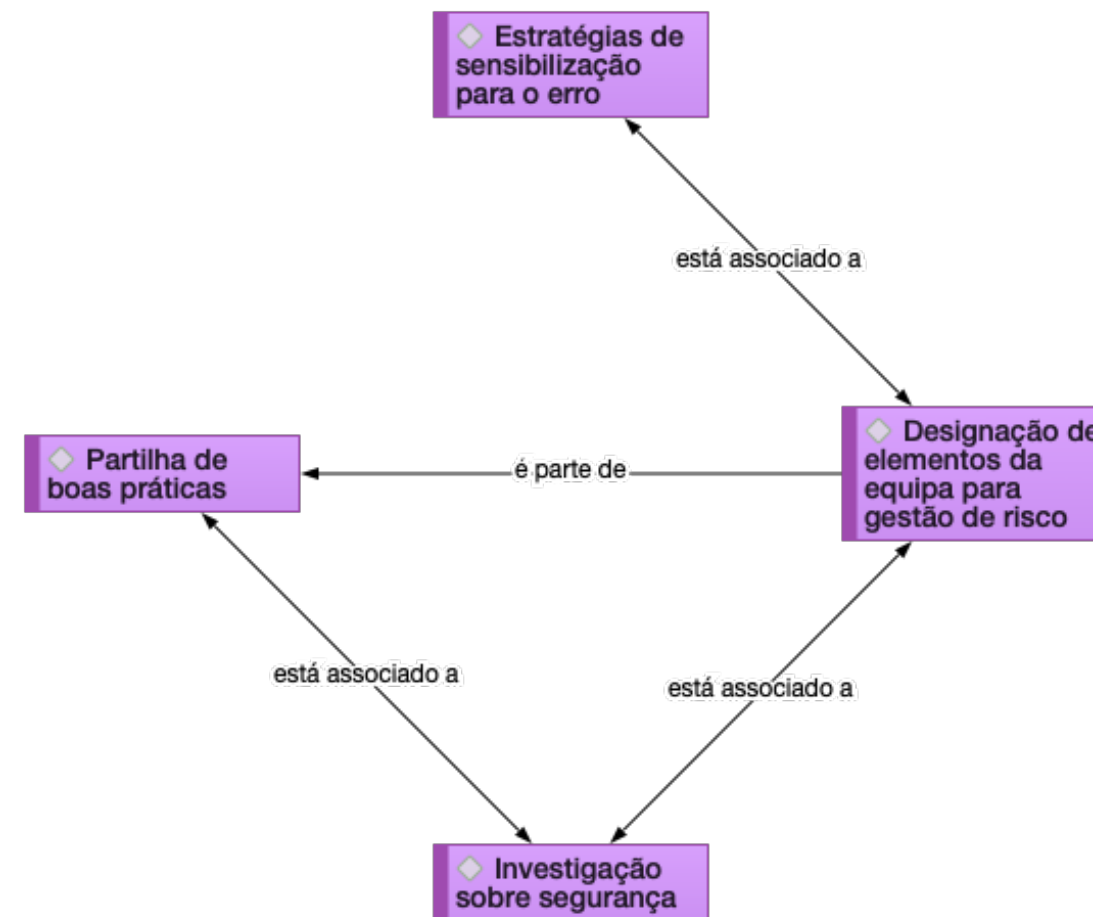


FIGURA 9 - Rede Cultura de Segurança

A categoria *designação de elementos da equipa para gestão do risco*, esta associada às categorias de *investigação sobre segurança*, e estratégia de gestão de erro evidenciada nos discursos dos participantes como sendo constituída por “uma enfermeira e uma médica. Penso que todos os serviços têm duas pessoas que foram nomeadas para a gestão do risco. Cada serviço funciona por si, quando há formações ou é necessário tomar decisões há reuniões” (E3). Só é possível conquistar uma gestão de risco dinâmica e abrangente, que faça parte da prática diária de todos os profissionais se for criada uma equipa de interlocutores para gerir o risco

localmente, no próprio serviço, sendo estes as peças de ligação principais neste processo de envolvimento total (Ramos et al, 2011).

Importa salientar que na categoria *designação de elementos da equipa para a gestão de risco*, a importância dada à responsabilidade dos profissionais envolvidos referindo os gestores “o que nós fazemos em boa verdade, é ter definido esse papel que é uma responsabilidade acrescida para uma profissional de enfermagem, essa senhora enfermeira faz o seu trabalho no dia a dia e em concreto no nosso serviço desenvolve um trabalho de investigação sobre essa matéria porque é importante hoje em dia também associarmos as medidas que tomamos à fundamentação científica necessária” (E4). Podemos assim concluir que o facto de cada equipa ter um elemento ligado à gestão do risco potencializa a agregação de informação, a investigação e posteriormente a definição de novas estratégias. A investigação em segurança do doente, numa fase inicial deve focar-se na origem, dimensão, natureza e impacto dos eventos adversos que são consequência da prestação de cuidados de saúde, só com base nesse conhecimento será possível definir estratégias de intervenção e estabelecer prioridades de actuação (Sousa et al. 2010).

Recordemos que *designação de elementos da equipa para gestão do risco* é reforçada como parte da *partilha de boas práticas*, onde emergiram os discursos o reforço quando afirmam que todas as equipas dos serviços, têm e conhecem os elementos da equipa designados para a gestão do risco onde ocorre a partilha de conhecimento, boas práticas e onde é feita a ligação entre a gestão do risco e a equipa “temos um elemento de ligação com a gestão de risco e uma promoção da cultura de notificação do erro ou do quase erro” (E4); “formalmente nós temos uma colega nossa, enfermeira, que é responsável pelo risco local. É um mecanismo que está definido no nosso hospital e que é muito necessário porque, tendo alguém dedicado a estas questões é uma pessoa que nos traz informação, ela própria decide sobre matérias dessa natureza” (E2); sendo que um dos enfermeiros gestor fez referência a que esta equipa é dada a conhecer logo no momento da integração no serviço “Sim. É a equipa de gestão de risco que faz as formações do seminário de boas práticas e integração, portanto está divulgada e é de conhecimento de todos os profissionais. Cada serviço tem um gestor local responsável pela gestão de risco” (E5).

Podemos assim afirmar que é esperado que a equipa de gestão do risco seja capaz de desenvolver uma política de gestão de risco eficaz e consciente, ativa na identificação, análise, avaliação e controlo dos eventos adversos, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados assim como uma maior eficácia na utilização dos recursos, demonstrando-se assim uma excelente oportunidade de aprendizagem através dos erros (Oliveira, 2007).

A *partilha de boas práticas* referida no discurso “há sempre um motivo para o qual nós geramos um momento de reflexão e de conversa nas passagens de turno e noutros momentos que sejam propícios, mas sobretudo a passagem de turno é o momento de excelência, é onde reunimos

os enfermeiros de um turno que está cessante, do turno seguinte e onde normalmente eu estou presente” (E2). Posteriormente partilhar os resultados que servem como instrumento para a evolução da equipa, a associação desta categoria à *investigação sobre segurança*, é um reforço positivo das boas praticas considerando que é efetuada uma investigação nos serviços, reunindo esforços na tentativa de conhecer e compreender as necessidade reais dos respetivos serviços recorrendo a meios de avaliação que pode ser feita com recurso a “*uma ferramenta digital (uma plataforma) que permite monitorizar alguns indicadores como as quedas, úlceras de pressão, tipologia e frequência de atividades/atitude terapêuticas e diagnósticos*” (E1), e onde salientam que a importancia de evidências referindo “*avaliação dos indicadores criados e plasmados no plano de atividades, com o respetivo relatório onde se apresentam as medidas tomadas face aos problemas identificados*” (E1).

No entanto e apesar de estarmos no bom caminho, na opinião de vários autores, a investigação sobre a segurança ainda não tem a atenção desejada tendo em conta as implicações que têm no processo de prestação de cuidados. Tem se verificado um aumento da valorização da investigação na área da segurança do doente, assim como uma necessidade de desenvolver e avaliar a influência de medidas inovadoras que possam ser uma mais valia em termos de ganhos clínicos, sociais e económicos (Sousa et al. 2010).

Para concluir a análise desta rede temos a associação entre as categorias *designação de elementos da equipa de gestão de risco e estratégias de sensibilização para o erro* que já foi referido e verificado em ligações anteriores sobre a mesma categoria “*o Hospital tem uma política de segurança e uma equipa específica, sendo ainda que os serviços têm gestores de risco, como é o caso do nosso serviço*” (E1) que tem como responsabilidade acrescida criar e aplicar estratégias para a sensibilização para o erro “*além do mais temos uma série de grupos que auditam as práticas no que diz respeito às quedas, à segurança do medicamento, ao controlo da infeção e ao ensino aos pais porque os pais são veículos muito importantes na pediatria porque a presença dos pais pode funcionar como um fator promotor da segurança ou inibidor da segurança e, portanto, tem que haver um forte investimento no ensino aos pais*” (E4).

Durante o período de observação foi possível verificar que em todas as equipas existe elementos designados para a gestão do risco e que são do conhecimento de toda a equipa. Estes elementos fazem a ponte entre o serviço e a equipa de gestão do risco, tendo assim uma responsabilidade acrescida pela investigação sobre o tema, partilha de informação e sensibilização para o erro no serviço. No que diz respeito à categoria partilha de boas práticas percebemos que esta decorre essencialmente durante as passagens de turno.

A segurança do doente é, por si mesma, uma área de intervenção inovadora que ao colocar o doente e a sua família no foco, impõem uma reinvenção do sistema de saúde numa perspetiva mais focada em aspetos de cidadania e de ganhos em saúde (Sousa et al, 2010). Podemos assim

concluir que é fundamental que Portugal mobilize mais recursos humanos, técnicos e financeiros com o objetivo de reforçar a capacidade de formação e de investigação em segurança do doente.

A cultura de segurança residirá nos indivíduos e na organização, coligindo valores partilhados em equipa, de proatividade, de aprendizagem e de resiliência em relação às falhas, envolvendo o seu reporte sem culpa e aceitando o risco de falibilidade (Fragata, 2011).

2. Áreas prioritárias da segurança do doente

Entende-se por processo de gestão as atividades e práticas utilizadas para planejar, organizar, liderar e controlar recursos e pessoas a fim de atingir os objetivos e metas de uma organização ou projeto. É uma abordagem estruturada que visa melhorar a eficiência, eficácia e efetividade das operações, permitindo o alcance de resultados desejados de forma consistente e sustentável, daí a importância de encontrar as áreas prioritárias para a segurança do doente, para gerir esta área nos serviços. Nos discursos foram evidenciadas quatro áreas prioritárias: segurança profissionais, segurança do doente, segurança do ambiente e dotações representadas na figura 10.

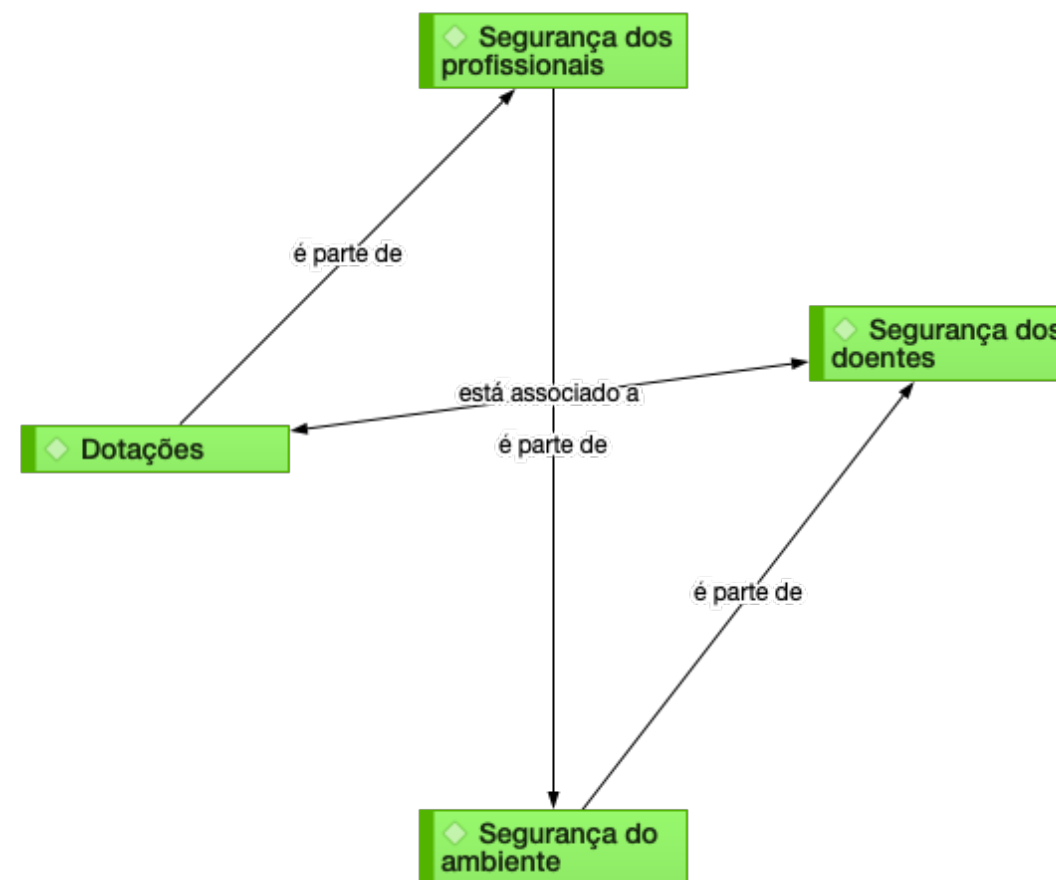


FIGURA 10 - Rede Áreas Prioritárias da Segurança

A categoria *segurança dos profissionais* apresenta-se como parte integrante da categoria *segurança do ambiente* uma vez que “a atividade real de trabalho dos profissionais de saúde é, portanto, uma resposta às exigências organizacionais, num envolvimento físico de trabalho determinado, com os meios técnicos colocados à disposição, considerando as características do paciente e, igualmente, as capacidades e limitações do próprio profissional de saúde” (Sousa e Mendes, 2014 p. 120). Esta relação entre ambas as categorias, está evidenciada em vários testemunhos retirados das entrevistas, onde os enfermeiros gestores fazem referência à prestação de cuidados de qualidade e a influência que isso tem na segurança “Ao oferecer prestação de cuidados de qualidade e seguros, assegura a “proteção” do doente, profissionais e ambiente” (E1). No entanto é feita a ressalva ao facto de estarmos a falar de “um serviço onde se prestam serviços, ou seja, onde o fator humano impera (...), mas sobretudo do lado dos profissionais” (E2) e que existem fatores a ter em atenção como “Se o enfermeiro cumprir o que poderia ser um roulement normal, sem sobrecarga de noites principalmente, (...), é meio caminho andado para as coisas correrem bem” (E3).

A observação valorizou a necessidade da procura e compreensão das situações que com frequência apresentam desempenho de nível inferior ao esperado, ou erros que possam ocasionar incidentes, mas para isso é necessário o conhecimento de várias componentes das situações de trabalho. Nomeadamente, as situações estruturais resultantes, da errada conceção dos espaços de trabalho, da má organização do circuito de trabalho, da incorreta disposição e implantação dos equipamentos ou dos fluxos de trabalho, preocupação essa, demonstrada pelos enfermeiros gestores: “procuro sempre que o serviço esteja organizado, todos os dias passo pelas três áreas do serviço para ver se está tudo bem, pergunto se está tudo bem, se há alguma coisa que precise de ser tratada, que tenhamos o material necessário para trabalhar adequadamente, dentro do possível” (E3) e garantir “recursos materiais e equipamentos necessários” (E5). Apesar de todos os enfermeiros gestores terem manifestado preocupações com a segurança dos profissionais e a segurança do ambiente a OMS esclarece que cada organização detém características próprias no que concerne ao contexto, ao ambiente e à influência exercida no decorrer da interação dos agentes que a integram. A OMS acrescenta ainda que são estas mesmas pessoas, as que mais contribuem para a cultura da organização a que pertencem (Conselho da Europa, 2009 in DGS, 2015).

Por sua vez, *a segurança do ambiente* também é parte integrante da categoria de *segurança dos doentes*. Esta relação sustenta-se nos seguintes testemunhos: “pretende-se evitar a ocorrência de eventos adversos, como resultado das condições laborais ou erro humano e que possam resultar em incidentes ou acidentes, com impacto negativo na saúde e recuperação do doente” (E1); “claramente são as áreas associadas à infeção nosocomial, por isso estamos a falar de medidas rigorosas no que tem a ver com (...) preocupações ambientais e de gestão (...)” (E2). Alguns dos entrevistados fazem também referência ao facto de estarmos a falar de

unidades de pediatria onde os doentes em geral têm uma estatura mais baixa e com menos noção do perigo o que implica maior atenção com os equipamentos, mobiliário... *“Um serviço em que todos os equipamentos, mobiliário e estrutura física está pensada ao tamanho e à semelhança do doente”* (E4); *“As pulseiras para a identificação, avaliação do risco de queda, os riscos avaliados e identificados têm planos de ação e tem projetos de melhoria em termos de avaliação de qualidade com várias áreas”* (E5) evidenciando a ideia de que será necessária a consideração dos elementos de segurança do ambiente para se alcançarem e garantirem níveis desejáveis de segurança dos doentes. Estamos a falar de serviços onde são prestados cuidados de saúde e onde deve ser tido em conta, as dimensões do local e dos equipamentos, a disposição do equipamento no espaço, a sequência de ações, gestos e movimentos, a acessibilidade das vias e circuitos para que tudo corra bem, mesmo sabendo que alguns dos hospitais visitados tem instalações bastante antigas e que nem sempre é possível tornar o ambiente tão seguro quanto desejado.

Sabemos que idealmente *“Um serviço seguro é aquele que tem uma política de gestão da qualidade e de segurança dos cuidados, (...) que permitam garantir a (...) ausência de dano para o doente (...)”* (E1) no entanto é necessário ter em atenção que toda a forma de organização da instituição tem influência nos resultados de saúde nomeadamente a organização do trabalho, o staff e o fluxo de trabalho podem influenciar a taxa de erros e a ocorrência de incidentes como por exemplo, as infeções nosocomiais, as úlceras de pressão e as quedas e na existência ou não de mecanismos de diminuição das interrupções e das distrações que reduzem a incidência de erros; (Sousa e Mendes, 2014). Assim, a correlação entre as três categorias acima referidas está de tal modo evidente que torna pouco provável o aparecimento de intervenções para a prevenção de eventos adversos que não envolvam esses temas e não considerem uma perspetiva sistémica.

No que se refere à categoria das *dotações*, podemos verificar que está diretamente relacionada com duas categorias, sendo elas a *segurança dos profissionais* e a *segurança dos doentes*. São vários os testemunhos dos elementos entrevistados que fazem referência a esta relação das dotações como parte integrante da segurança dos profissionais, referindo que é necessário efetuar *“... uma gestão equilibrada e integrada da qualidade e avaliação dos riscos e planos de ação para a minimização desses riscos, onde está incluída a capacitação desses profissionais pela formação e planeamento em termos de escalas e dotações seguras”* (E5) e que *“muito do que é a dotação dos enfermeiros e proposta do regulamento ou alguma parte naturalmente está intimamente ligada à questão da segurança obviamente e ouviu-se falar muito recentemente das dotações seguras, eu julgo que isto é uma matéria que não é só dos enfermeiros é de todos os profissionais que trabalham com doentes”* (E2). No entanto falar de dotações seguras nem sempre é fácil ou consensual, sabe-se que o cálculo das necessidades relativamente à dotação de enfermeiros não se pode restringir apenas ao critério do número

de horas de cuidados por doente e por dia, por tempos médios despendidos em determinados procedimentos, sendo assim consensual que a definição de um rácio adequado também deve ter em conta as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Podemos assim considerar que estamos perante uma dotação de recursos de enfermagem adequada quando temos uma dotação de enfermeiros em quantidade (número de enfermeiros ou equivalentes em tempo integral) e em qualidade (experiência/formação dos enfermeiros) perante as necessidades dos doentes, sendo uma das condições favoráveis para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Freitas M., e Pareira P., 2013).

Quanto à relação de associação entre as categorias dotações e segurança do doente podemos constatar que os enfermeiros gestores estão bastante sensíveis e conscientes sobre a necessidade de manter dotações seguras para se conseguir ter um serviço considerado seguro, *“naturalmente que se tivermos dotações seguras ajustadas sabemos até porque prova de evidência científica que o risco para os doentes diminui (...)”* (E2) e que *“Isso implica também que haja uma dotação segura de profissionais para a adequada prática dos cuidados”* (E5). Como referido pelos enfermeiros gestores e de acordo com o ICN (2018), a dotação de enfermeiros é essencial para podermos falar de segurança dos doentes e prestação de cuidados de qualidade prestados nos hospitais e comunidade. Níveis insuficientes ou inadequados de enfermeiros aumentam o risco de comprometer os cuidados de saúde, da possibilidade de ocorrer eventos adversos, resultados clínicos de nível inferior, mortes hospitalares e uma experiência negativa por parte do doente no contacto da prestação de cuidados.

A dotação de enfermeiros encontra-se intimamente ligada à qualidade de cuidados prestados e com a segurança do doente, sendo de extrema importância identificar indicadores que facilitem o cálculo nas organizações. Atualmente, apesar de existirem vários métodos de cálculo de necessidades, nenhum deles é especialmente indicado, uma vez que a escolha deste está condicionada pelos dados disponíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2014). No entanto, e dadas as dificuldades na seleção de um único método capaz de determinar a dotação segura, alguns países optaram por apostar na legislação e implementação de rácios em enfermagem (Freitas M., e Pareira P., 2013).

Em suma, analisando os dados da presente rede, conseguimos verificar de forma integrada, que as quatro categorias identificadas se encontram interligadas, estando, cada uma delas associadas a outras duas das quatro pertencentes à referida rede.

O processo de recolha de dados implementado no terreno através do método de observação permitiu aferir que a dimensão *equipa atenta e proativa nas questões de segurança* é alvo de investimento no seu desenvolvimento por parte dos diferentes serviços de pediatria observados, sendo que num caso se verifica uma maior atenção facultada à segurança do doente, em

contraste com a segurança dos profissionais. Foi ainda possível observar que, dimensões como a higienização das mãos, as medidas de segurança na utilização da medicação, assegurar identificação inequívoca do doente, prevenir ocorrência de quedas e o conhecimento da disposição do material na unidade se apresentam como áreas intervenientes na segurança do serviço de pediatria, sendo que todas se verificaram existentes. Podemos adotar posturas de preocupação com a segurança, cultura de aprendizagem contínua e uso de medidas “redundantes” de segurança para conseguir que a prestação de cuidados de saúde, sendo complexa e arriscada, se tornem mais seguros e efetivos (Fragata 2011).

3. Estratégias de segurança

Estratégias de segurança dos doentes, são medidas e práticas adotadas no ambiente de cuidados de saúde para minimizar o risco de danos e garantir a segurança dos doentes durante sua estadia em hospitais e são desenvolvidas para prevenir erros, reduzir incidentes adversos e melhorar a qualidade do atendimento. No que se refere à rede denominada estratégias de segurança, apresentada na fig.11, é constituída apenas por 3 categorias, sendo elas a comunicação, o trabalho em equipa e as condições ambientais.

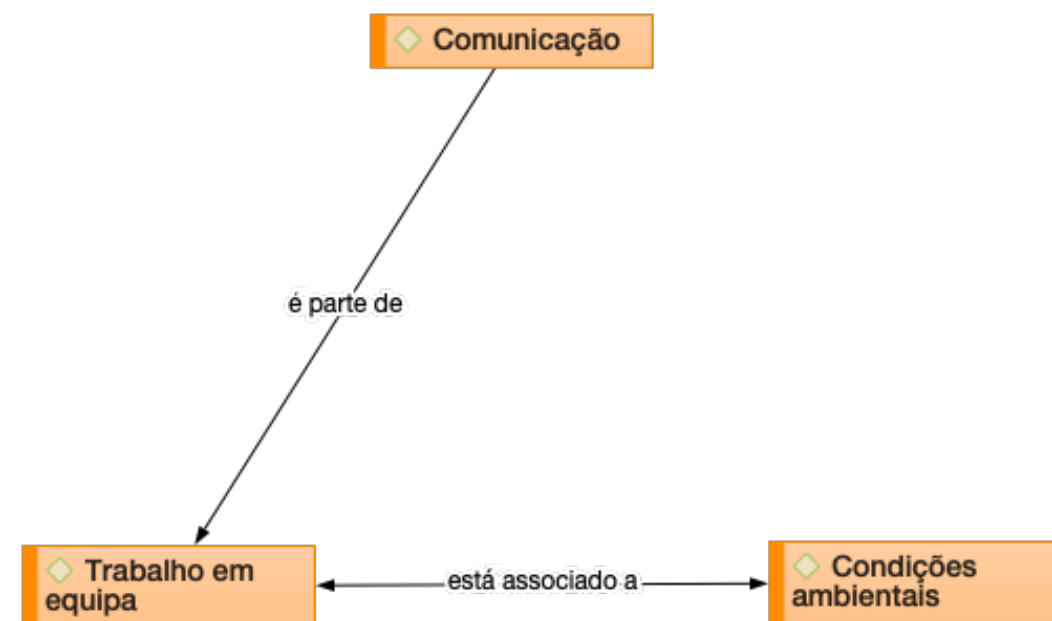


FIGURA 11 - Rede Estratégias de Segurança

A *comunicação* é parte integrante do *trabalho em equipa*, quando, no entanto, foram observadas e referidas falhas a nível da comunicação por alguns dos profissionais de saúde dos hospitais visitados, mas apenas um dos enfermeiros gestores faz referência à necessidade de melhoria da comunicação, "*é necessário a melhoria da comunicação entre as equipas*" (E4). Sabemos que a comunicação é um dos pilares da segurança dos doentes, e que a existência de lacunas pode provocar falha na continuidade de cuidados ou até mesmo dar origem a erros graves. No entanto, segundo revela estudo realizado sobre a perceção dos profissionais de saúde, e que também foi referido nos serviços visitados, o evento adverso mais frequente e mais notificado é a falha de comunicação principalmente interprofissional (Lima et al., 2018).

Estas falhas presentes na comunicação podem dar origem a uma possível perda de informação como podemos verificar pela afirmação *"atender à segurança da comunicação e informação, não só pela questão do Regime Geral da Proteção de Dados mas também pela comunicação na prestação de cuidados, para que não se perca informação necessária, que os registos estejam completos, que a informação passe nomeadamente relativamente a eventos, situações clínicas que possam acontecer ou administração de terapêutica"* (E5) como podemos verificar ao consultar os vários estudos realizados sobre os problemas de comunicação entre os profissionais de saúde que revelam que esta falha é responsável pela diminuição da qualidade dos cuidados e por duas vezes mais mortes do que a ineficiência clínica, situações que poderiam ser evitadas (Santos et al, 2010). Também Ammouri *et al.* (2015) corroboram com outros estudos ao afirmar que o trabalho em equipa e a comunicação tem influência direta no aumento da frequência de incidentes reportados pelos enfermeiros.

Segundo dados que foram revelados após um estudo realizado nos EUA pela JC a partir da análise de causa-raiz os problemas de comunicação são a principal causa dos eventos sentinela (Barcellos, in Sousa e Mendes, 2014). A comunicação é essencial entre membros de uma equipa para promover a partilha de ideias comuns relativamente a objetivos, ao modo de funcionamento, papéis e funções individuais, valores relacionados com a atividade e visão da equipa sobre o contexto em que esta está inserida (Santos e al. 2010). Por reconhecerem a importância e o papel que a comunicação desempenha na equipa e na prestação de cuidados os enfermeiros gestores tentam *"promover a comunicação, empatia e o bom ambiente dentro da equipa"* (E5) e *"utilização da passagem de turno como um momento de passagem de informação e de reflexão sobre estas questões"* (E1).

A comunicação tem uma importância crucial na prestação de cuidados, nos hospitais ou nas instituições que incluem internamento em que o doente deve ser monitorizado 24 horas por dia, é ainda mais evidente, uma vez que a articulação entre os vários profissionais de saúde está muito dependente de como ela é efetuada. Podemos assim constatar que as falhas de comunicação nas equipas de saúde podem provocar uma diminuição da qualidade dos cuidados com potenciais danos para os doentes.

Através do processo de observação no terreno foi possível verificar que a dimensão de trabalho em equipa foi identificada como existente em todos os serviços visitados, o que denota que há preocupação geral com as dinâmicas comuns para obtenção de níveis estratégicos significativos de segurança. A boa comunicação em equipa também se revelou existente em todos os contextos estudados, sendo que se considera relevante destacar as necessidades de melhoria identificadas, especificamente num dos serviços visitados e concretamente no que se refere à comunicação com a equipa médica. A boa comunicação entre enfermeiro, utente e família apresentou-se também como uma dimensão integrada na abordagem das estratégias de segurança, sendo que se revelou existente em todos os serviços de pediatria em estudo. Caso

idêntico é o da boa comunicação entre profissionais e superiores hierárquicos, com exceção de apenas um serviço, que poderá investir na sua evolução a este nível.

No que se refere à dimensão observada de perda de informação sobre o doente entre turnos/serviço, foi possível verificar que todos apresentam dados positivos a este nível, significando que existem oportunidades de melhoria, havendo claro destaque para a perda de informação entre as equipas médica e de enfermagem. Esta perda é verificável em todos os serviços observados o que corrobora com os dados encontrados na literatura, que revelam que as situações que são mais vezes relatadas como potenciais causas de eventos adversos são: a falta ou omissão de dados importantes; a falta de precisão ou de consistência da informação; interrupções e ruídos frequentes (Santos et al. (2010). Assim sendo, uma vez mais podemos constatar que a qualidade da interação e da comunicação entre os responsáveis pela prestação de cuidados tem influência na segurança em saúde (Sousa e. Mendes, 2014).

A dimensão envolver e comunicar com os doentes também foi considerada existente em todos os contextos estudados, o que representa um dado positivo na análise das estratégias de segurança.

Podemos concluir que existe uma falha na formação e treino dos profissionais de saúde relativamente à comunicação, já reconhecida não só pela comunidade académica como clínica. Assim, a inclusão de competências de comunicação deveria ser inserida no percurso académico dos profissionais de saúde, à semelhança do que acontece com as competências de ordem técnica e clínica.

Como podemos observar na segunda relação estabelecida nesta rede o *trabalho em equipa* está associado às *condições ambientais* que apenas um dos enfermeiros gestores faz alusão a esta relação ao afirmar que tenta “proporcionar um ambiente calmo e tranquilo” (E5) através de “das condições ambientais, de luz, de ruído, a vigilância com as zaragatoas que são colocadas para avaliação microbiológica” (E5); Não podendo deixar de fazer referência que ambientes de trabalho inseguros estão associados a fatores como altos níveis de pressão e stress, ausência de apoio dos gestores e colegas, horário de trabalho desadequado, liderança e dotações inadequadas. A exposição de forma reiterada a estes fatores, provocam maiores níveis de fadiga e de exaustão, diminuição da motivação e produtividade e, consequentemente aumento do absentismo e insatisfação profissional (Freitas e Pareira, 2013).

4. Ocorrência de eventos adversos

Eventos adversos, no contexto da saúde e dos cuidados, são incidentes indesejados ou danos não intencionais que ocorrem durante a assistência. Eles podem resultar de ações dos profissionais de saúde, falhas nos sistemas ou processos de atendimento, ou até mesmo serem inerentes às condições do paciente. Esses eventos podem variar em gravidade, desde pequenos desconfortos até complicações graves que colocam a vida do doente em risco.

Tem-se vindo a verificar um aumento da preocupação das organizações de saúde relativamente ao tema da segurança do doente e a ocorrência de eventos adversos com o intuito de desenvolver, implementar e avaliar soluções inovadoras, com o objetivo de reunir conhecimento que proporcione a diminuição do risco e um consequente aumento dos níveis de segurança (Sousa et al.,2010).

Com o intuito de compreender e analisar a ocorrência do evento adverso foi elaborada rede presente na fig.12 que expõe as relações, de parte integrante e de associação, encontradas entre as sete categorias referentes à ocorrência do evento adverso.

“A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde” (Cit. despacho nº9390/2021).

Não podemos negar a ocorrência de incidentes, só é possível combater estas falhas e alcançar melhores resultados se o tema for encarado com transparência que permita conhecer e analisar as verdadeiras causas, conhecer o contexto em que ocorrem e as suas consequências. Portugal ainda está longe de encarar os erros como a cultura japonesa, mas seria já positivo se os conseguíssemos encarar como oportunidades de aprendizagem (Fragata 2011).

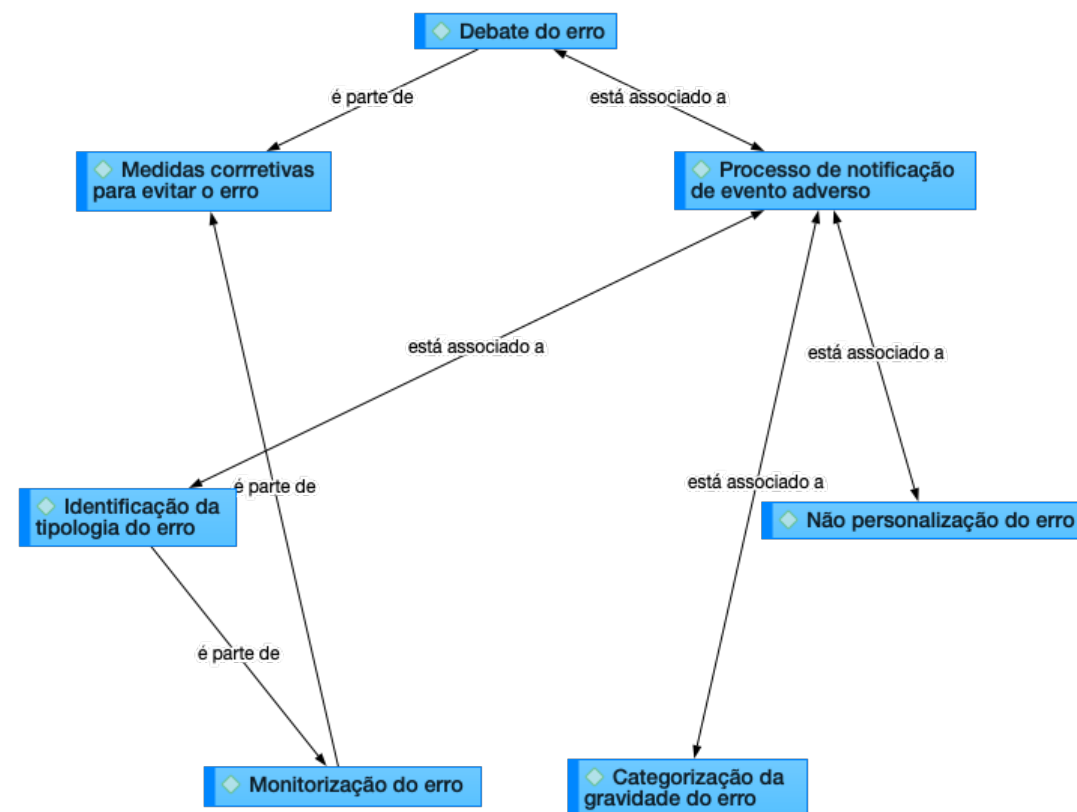


FIGURA 12 - Rede Ocorrência do Evento Adverso

A categoria *debate do erro* está associada à categoria *processo de notificação de evento adverso*. “O reconhecimento da inevitabilidade do erro deve ser aliado ao desenvolvimento de um sistema não punitivo de notificação e análise de eventos adversos, permitindo a identificação proativa das ameaças latentes, desenvolvendo assim uma cultura de aprendizagem, em detrimentos da culpabilização” (Paese et al., 2013, como citado em Silva, et al, 2016, p. 89).

Neste sentido, os enfermeiros gestores afirmam que na presença do erro ocorre um debate efetuado com a equipa “levo para discussão de grupo em reunião de serviço para perceber o que todos podemos fazer para que isso não volte a acontecer” (E4) e no caso de outro hospital o procedimento é semelhante, após “Notificação, e se é um incidente porque houve alguma falha em termos de segurança, então, tem que haver informação a toda a equipe e analise da causa” (E5) assim como “o registo de Não Conformidades na plataforma digital GR e o seu posterior tratamento/ encaminhamento. Comunicar à equipa os resultados” (E1) com o intuito de, entre equipa, encontrar estratégias para que a situação não se volte a repetir.

As reuniões de equipa desempenham um papel fundamental pois evitam lapsos decorrentes da transmissão formal de informação a todos os membros da equipa, obrigam a respostas mais refletidas para a resolução de problemas e são momentos de excelência para o desenvolvimento do espírito de equipa (Santos et al.2010).

A DGS ao reconhecer a importância da notificação de eventos adversos, criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (Notific@ disponível em www.dgs.pt para incidentes relacionados com medicação que ocorram numa instituição de saúde), que veio complementar os sistemas já existentes como o Sistema Nacional de Farmacovigilância, do INFARMED, I.P., e ao Sistema Português de Hemovigilância, do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.

Relativamente à ligação entre a categoria *debate do erro* podemos verificar que é parte integrante das *medidas corretivas para evitar o erro*, nos discursos dos gestores, como podemos verificar nas afirmações que se seguem: “acho que muitos possíveis erros podem acontecer porque o sistema assim o permite, ou seja, podemos dar um exemplo específico: o enfermeiro quando estiver a preparar a medicação tem que estar num ambiente adequado e propício para não errar, além do mais se a medicação estiver protocolada é muito difícil que erre, para além de que com a dupla verificação também é difícil errar” (E4), no entanto sabemos que na pediatria garantir um serviço calmo e sem interrupções é bastante difícil, pois para além da constante presença das crianças pelo serviço também os pais exigem bastante atenção acabando por não respeitar este momento de preparação da medicação.

Todos sabemos que o propósito dos medicamentos é contribuir de forma significativa para uma melhora da qualidade de vida das pessoas, oferecendo benefícios sociais e económicos, contudo o seu uso não é isento de riscos. Os erros que ocorrem com mais frequência inerentes à prestação de cuidados de saúde, sobretudo a nível hospitalar, são os erros relacionados com a medicação (Otero e Dominguez-Gil, 2000). No entanto podemos destacar a incorporação de tecnologias e sistemas de informação na prática como estratégia de sucesso na prevenção de erros. A implementação de prescrições médicas que incluem recurso de apoio à decisão clínica que oferecem acesso imediato às informações do doente, reduzem a possibilidade de seleção incorreta do medicamento e garantem prescrições completas e em formato adequado, fornecem suporte para o cálculo de doses e volume para reconstituições e diluições, e proporcionam a possibilidade de verificações sobre interações e incompatibilidades medicamentosas, contraindicações e alergias, o uso de código de barras e de bombas de infusão inteligentes (Belela et al. 2011).

Relativamente às estratégias encontradas para reduzir os erros na administração de medicação em pediatria podemos referir a criação de programas de educação permanente, que se tem mostrado efetiva na prevenção de erros de medicação uma vez que segundo a literatura uma das grandes falhas no processo era a falta de acesso à informação por parte de todos os intervenientes na preparação da medicação. No entanto ainda existe muitas estratégias que podem ser adotadas à semelhança do que ocorre já em outros países. Outra das afirmações que comprova a ligação entre as duas categorias a cima referidas é: “o que pode ser feito para numa próxima situação minimizarmos a ocorrência deste erro” (E5); ou seja, é criado um momento de discussão sobre o ocorrido e em equipa tentar encontrar estratégias para que o

mesmo não se volte a repetir. Para isso recomenda-se que seja feito um reconhecimento de fatores de risco levado a cabo por uma equipa multidisciplinar, sendo o brainstorming uma das técnicas que mais se adequa (Ramos et al., 2011).

Na ligação entre as categorias *identificação da tipologia do erro* como parte da categoria *monitorização do erro*, segundo o que os enfermeiros gestores referiram nas respetivas entrevistas primeiro tenta compreender o que deu origem à situação, tipologia do erro e posteriormente procedem à monitorização do mesmo “*o procedimento é o habitual, é o procedimento de resolução de problemas, ou seja, temos que caracterizar a questão, o incidente, o evento porque da sua caracterização nós conseguiremos definir os objetivos que queremos atingir e implementar as ações e depois monitorizar para identificarmos bem o incidente*” (E2). Para compreender o que deu origem ao erro/evento adverso é fundamental que se supervisione, que se identifique e conheça a sua origem, como ocorreu, quais os fatores que o desencadearam e o que correu mal (Lima, 2011) e referem os participantes “*quanto mais nós nos desviamos, tentamos improvisar mais aumenta a possibilidade de ocorrência de erro. Todos os riscos têm de ser minimizados*” (E5);

A categoria *monitorização do erro* é parte integrante das *medidas corretivas para evitar o erro*, vejamos o que foi referido pelos enfermeiros gestores como comportamentos adotados na prática do dia a dia: “*procuro analisá-la e diligenciar no sentido de encontrar uma resposta/solução mais adequada, de modo a que a situação não volte a ocorrer*” (E1), “*perceber se as medidas utilizadas efetivamente contribuíram para a minimização, ou até resolução que seria o ideal, da causa que esteve por de traz desse evento*” (E2), “*nós agora temos à nossa disposição o aplicativo HER+ que dependendo das circunstâncias utiliza várias estratégias para fazer, como se diz na teoria a análise da causa raiz, sendo que é um processo que visa procurar o que é possível melhorar nos procedimentos na estratégia etc. etc. etc*” (E2);

Um dos enfermeiros gestor faz referência ao próprio sistema afirmando que “*o próprio sistema tem que proteger o enfermeiro de errar. A instituição tem que fornecer ferramentas para que ele possa agir segundo as boas práticas no que diz respeito à segurança, o próprio sistema tem que favorecer a proteção ao erro*” (E4), “*tento sempre ver como um erro relacionado com o sistema e não um erro relacionado com a pessoa*” (E4), “*a proteção dos enfermeiros tem muito mais a ver com o sistema do que com o próprio. Se o sistema estiver bem montado, dificilmente o enfermeiro erra*” (E4), o que vai ao encontro da teoria defendida por James Reason (2000) teoria dos acidentes, que responsabiliza os sistemas e o seu desenho por grande parte dos acidentes, sugere a despenalização dos erros humanos, a punição das violações de normas e a atuação a montante sobre o desenho organizacional, para prevenir evitar os erros.

Sabe-se hoje que o erro não é resultado da ação de um indivíduo, mas de um conjunto de acontecimentos acionado por um sistema mal elaborado. Deve ser feita uma abordagem sistémica, em que o princípio seja analisar as falhas do processo que possam ter dado origem

ao erro, e sugerir estratégias que visem impedir a sua recorrência ou caso tenha acontecido minimizar o seu impacto (Belela et al. 2011).

Segundo alguns autores seria benéfico, especificamente para os serviços de pediatria, a presença de farmacêuticos nas unidades clínicas, uma vez que tem sido descrita como uma estratégia de sucesso no que toca a prevenção e redução de erros com medicamentos em pediatria (Belela et al. 2011). Outras das estratégias defendidas é que exista nas equipas, em cada turno uma combinação consciente de recursos humanos (enfermeiros com diferentes níveis de competências e de necessidades de supervisão) no sentido dificultar a ocorrência de erros clínicos que podem resultar em danos para o doente e para a organização (Freitas e Pareira, 2013).

Várias revisões sistemáticas reconhecem a relevância da combinação de competências nas equipas para o sucesso dos resultados, defendendo que enfermeiros com maior nível de diferenciação oferecem cuidados mais seguros e com resultados mais satisfatórios para os doentes (Freitas, e Pareira, 2013).

No que se refere à categoria processo de *notificação de evento adverso*, esta apresenta uma relação de associação, para além da anteriormente referida, com mais três categorias nomeadamente a *não personalização do erro*, a *identificação da tipologia do erro* e categorização da *gravidade do erro*. Começamos por explicar o que é a notificação de evento adverso: “atividade voluntária do profissional e/ou do cidadão com vista ao desenvolvimento de uma análise causal e à tomada de medidas corretoras sistémicas para evitar que situações geradoras de dano, real ou potencial, se venham a repetir” (DGS 2012, pág.53).

Dado ser um tema da atualidade e a relevância que assumiu o tema no âmbito da cultura de segurança e qualidade em saúde é extremamente importante identificar as limitações à notificação do erro/evento adverso no nosso país independentemente de este provocarem, ou não prejuízo, os erros revelam fragilidade do sistema (Lima et al 2018), este mesmo autor refere que as principais causas para uma adesão inferior ao esperado à notificação do erro/evento adverso a falta de conhecimento ou conhecimento insuficiente sobre o sistema de notificação, o excesso de trabalho, ausência de feedback na resolução das causas que deram origem ao evento, sendo todas de carácter organizacional.

Em 2015, a DGS expôs as principais conclusões do Relatório de Segurança do Doente - Avaliação de Cultura nos Hospitais, no qual refere que existe um défice no que se refere à cultura da notificação nos hospitais, defendendo assim a necessidade de investimento capaz de aumentar os níveis de cultura de notificação e aprendizagem com o erro (Despacho nº1400-A/2015 de 10 de fevereiro, p.3882-9).

Para explicar a dimensão dos eventos adversos, Castilho, usa como analogia o iceberg, em que a zona visível é bastante inferior à zona submersa, uma vez que a notificação dos eventos

adversos é ainda muito reduzida e ocorrem bem mais erros do que os que se têm conhecimento. Os enfermeiros são responsáveis por mais efeitos adversos evitáveis do que os outros profissionais de saúde, facto que se deve provavelmente por estes representarem uma fatia significativa dos recursos humanos e por ser a classe profissional que passa 24 horas com os doentes, sendo assim primordial que todos estejam conscientes das exigências e responsabilidades da sua prática. (Castilho,2014).

A associação da categoria *processo de notificação de evento adverso* com a *não personalização do erro* encontra evidência nas seguintes expressões: “*não procura o culpado, digamos assim, ou alguém que possa ter eventualmente falhado*” (E2), “*desde que temos a acreditação tentamos desmistificar isto da punição, a punição não é o caminho*” (E4), “*adotar uma atitude não punitiva*” (E5), como podemos verificar é cada vez mais defendida uma postura de promoção da cultura de segurança, não punitiva e recetiva às mudanças e intervenções necessárias para atingir um nível superior de segurança do paciente (Belela et al. 2011).

Apesar de nas entrevistas ser bastante referido uma atitude não punitiva a sensação que ainda impera, e reforçado pela observação, é de apreensão e algum receio perante a notificação dos eventos adversos, que vai ao encontro ao que é defendido pela literatura como é o caso de Lima et al 2018 cit Soydemir, Interpeler, & Mert,2016) existem profissionais de saúde que quando confrontados com erros nos seus contextos, escolhem não os denunciar. Posto isto, os autores defendem que os obstáculos à notificação do erro/evento adverso agrupam-se em fatores como medo, atitude das entidades administrativas, barreiras relacionadas com o sistema de reporte e a perceção de erro por parte dos profissionais de saúde.

Como evidencia da associação da categoria *processo de notificação de evento adverso* com a *identificação da tipologia do erro* apresentam-se as seguintes afirmações dos participantes entrevistados: “*esta metodologia envolve os responsáveis pelo risco a analisar as NC, encaminhar para os diferentes níveis de responsabilidade de modo a garantir a resposta mais adequada à situação identificada*” (E1); “*temos um sistema que o hospital disponibilizou para o registo de eventos adversos que acompanhamos por intermédio da responsabilidade do risco local e a partir do qual conseguem obter informações úteis para a melhoria dos processos e dos procedimentos*” (E2); “*avaliação dos riscos, notificação e a sensibilização para a notificação dos incidentes e eventos adversos*” (E5);

É a partir do desenvolvimento e implementação de sistemas de notificação, em que a visão sistémica de segurança é o centro da questão, vai nos permitir identificar padrões, e principais causas de erros evitáveis, contribuindo assim, para a criação ou desenvolvimento de modelos de boas práticas que possam prevenir a ocorrência de tais erros. É através do conhecimento destes relatos, conhecendo a realidade, que nos permite aprender com os erros e assim criar mudanças que visem uma prática mais segura (Belela et al. 2011).

Por último, a associação dos *processos de notificação de evento adverso* com a categorização da *gravidade do erro* está evidente nos testemunhos: “*se for uma falha que não precise de ser notificada tento averiguar o que aconteceu, falar com a pessoa e tento resolver, falar informalmente*” (E3); “*quando há um incidente fazemos uma notificação, essa notificação é analisada por uma pessoa externa, que é o gestor de risco, o gestor de risco ligasse com o enfermeiro chefe, o enfermeiro chefe analisa o episódio, as causas que o provocou e o que pode ser feito para que não volte a acontecer*” (E4).

Através do guia de observação aplicado neste estudo, foram incluídas as dimensões de: 1) adesão dos profissionais à notificação de incidentes, a qual se considerou que poderia ser melhor, num dos casos, ainda que, na maior parte dos serviços se considere que tem havido alguma evolução a este nível. Houve ainda serviços que revelaram receio e mesmo inexistência de adesão à notificação; 2) análise, reflexão e discussão de eventos adversos, a qual se apresentou evidente em todos os serviços, com indicações de necessidade de melhoria; 3) implementação de medidas preventivas de recorrência de incidentes, cujos dados observados também indicam a sua existência em todos os serviços; 4) feedback das alterações implementadas, dimensão esta que também não apresenta variações significativas entre os diferentes serviços, com algumas indicações de possíveis melhorias a implementar.

Importa salientar que a ocorrência de eventos adversos carece de mais investimento nos serviços, mais debate e apropriação pois em causa não está apenas o fator humano, mas também os processos assistenciais desenvolvidos nos serviços que deveriam tornar a possibilidade de ocorrência de erro o mais reduzida possível, como já foi referido anteriormente pelos próprios enfermeiros gestores.

5. Centralidade na segurança

Repensar a segurança e torna-la central na assistência agrega valor para as organizações, garante assistência de qualidade e evidencia-se em resultados nos doentes. Na fig.13 está apresentada a rede à qual se deu o nome de centralidade na segurança, uma vez que se identificam e salientaram as categorias inerentes a este tema. Neste sentido, verificamos que esta rede está constituída por sete categorias nomeadamente: qualidade dos cuidados, implementação de medidas concretas, prioridade na decisão, organização dos processos, implementação do plano de segurança, gestão operacional e condição do doente.

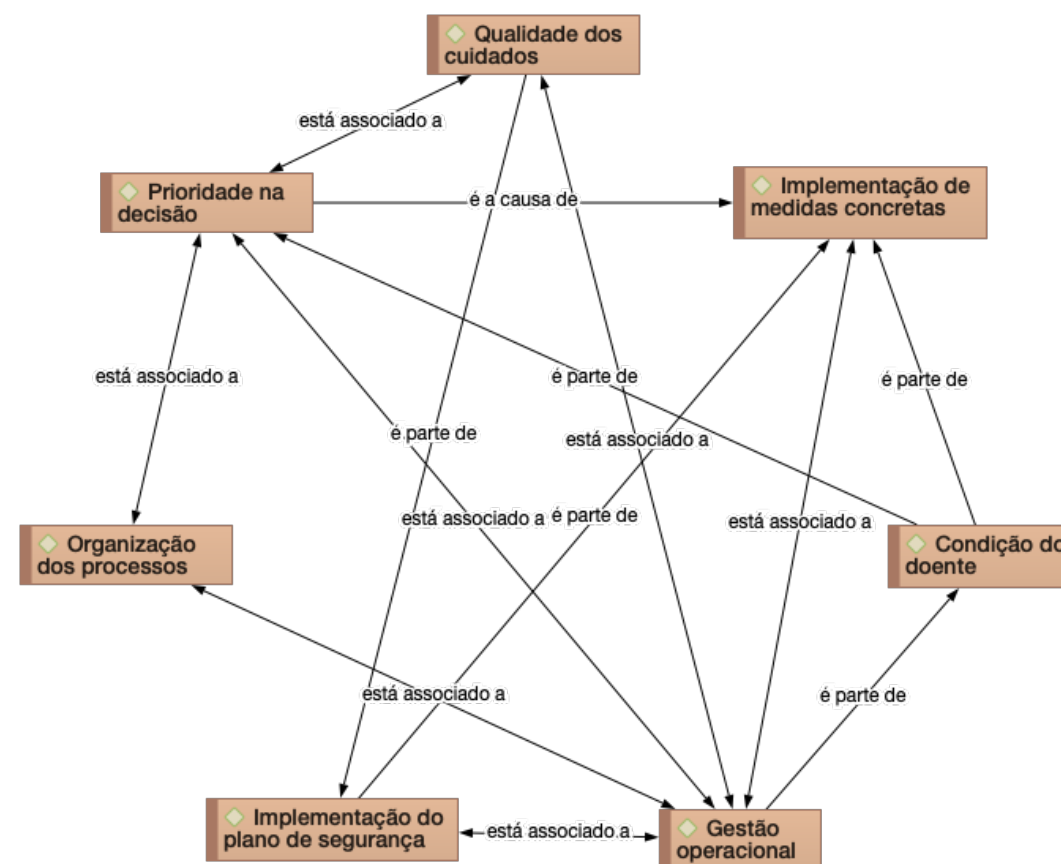


FIGURA 13 - Rede Centralidade na Segurança

Salienta-se que categoria integrante desta rede tem relações estabelecidas com mais de uma categoria, variando o tipo de relação estabelecida.

A categoria de *qualidade dos cuidados* apresenta uma relação de associação com a categoria *prioridade na decisão* e com a *gestão operacional*, o tema da qualidade nos cuidados de saúde está na ordem do dia, no entanto a sua definição é complexa, devido à diversidade de intervenientes, e dificuldade em estabelecer e medir parâmetros funcionais a esperar/exigir na saúde (Fragata, p.17). Podemos verificar através da análise do conteúdo das entrevistas que a qualidade dos cuidados é uma prioridade na decisão para os gestores “*a gestão de risco é uma das áreas da qualidade que tem que ser sempre dinamizada, desenvolvida e integrada em todas as práticas diariamente, seja na mobilização de doentes, na administração de fármacos, na prevenção de quedas, no controlo de infeção, tem de fazer parte do nosso ADN como profissionais de saúde*” (E5).

Os estudos sobre potenciais números de erros por internamentos hospitalares (10 erros por cada 100 internamentos) o que determina a impossibilidade de continuar a negar a existência de um problema, o Ministério de Saúde tem vindo a demonstrar uma preocupação crescente com a segurança do doente, considerando esta área uma prioridade para a qualidade em saúde (Silva et. al, 2016), os discursos encaminham-nos para áreas específicas “*o erro (medicação, tomadas de decisão com repercussões negativas para o doente); as quedas; úlceras de pressão; condições de segurança relacionadas com o meio ambiente*” (E1) e ainda “*sobretudo há aqui uma necessidade de mantermos estas matérias sempre na agenda da discussão, na agenda da reflexão, eu diria que é até uma obrigação profissional que vem da ética, da deontologia, mas também daquilo que é a boa prática e a técnica, é um agir que tem de ser sempre pensado e refletido*” (E2);

Ao longo do tempo, ocorreram mudanças, e atualmente observa-se a priorização da segurança e o respeito ao direito dos doentes conjugados à preocupação com a ocorrência de eventos adversos. Contudo, a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do doente não é uma tarefa fácil, e com resultados a longo prazo que exigem envolvimento de todos os membros da organização. (Sousa e Mendes, 2014, p.36)

A categoria *qualidade dos cuidados*, nesta rede apresenta-se como parte da categoria da *Implementação do plano de segurança*, encontramos evidência nas seguintes afirmações: “*a segurança num serviço está intrinsecamente relacionada com a qualidade dos cuidados*” (E1) esta afirmação vai ao encontro do que já foi abordado anteriormente, não sendo possível a prestação de cuidados de qualidade se os mesmos não forem seguros, para isso devem recorrer à implementação do plano de segurança. É esperado que cada instituição identifique os riscos, que os avalie, crie uma hierarquia e identifique ações de melhoria a desenvolver (PNSD 2015-2020).

Para que seja possível alcançar e continuar a evoluir a nível da qualidade de cuidados e como refere o plano de segurança é necessário incentivar a equipa a efetuar os registos dos eventos

adversos “a equipa foi sensibilizada e informada sobre o procedimento existente no serviço que é a comunicação / registo de Não Conformidades (NC)” (E1).

A associação da *qualidade dos cuidados* à *gestão operacional* está presente nestas expressões recolhidas dos participantes aspectos mais operacionais onde referem “nessa matéria a nossa responsável de risco local tem desenvolvido um conjunto de atividades interessantes desde logo melhorando os aspetos no momento do acolhimento” (E2); “não estamos a trabalhar para as auditorias estamos a trabalhar diariamente da mesma forma, com as mesmas atitudes porque quanto mais nós adotarmos atitudes corretas, cumprirmos os procedimentos, os protocolos, mais capacidade nós temos de prevenir e de fazer uma gestão eficaz em termos de riscos” (E5); “uniformização de todas as práticas no serviço, manual de qualidade onde estão todos os procedimentos descritos, protocolos estabelecidos e a monitorização e auditorias aos processos” (E5).

A categoria *prioridade na decisão*, é possível verificar, na rede de Centralidade na Segurança, que esta se apresenta como causa da *implementação de medidas concretas*, uma vez que “tem que haver sempre registos de observação e auditorias periódicas: eu faço sempre auditorias semanais, depois têm as auditorias focalizadas que vem a PPCIRA e a Gestão do Risco” (E5). Na elaboração do PNSD, e sendo este uma prioridade, obriga o envolvimento das responsabilidades de governação, de coordenação e da prática operacional de cuidados, tendo em vista a convergência metodológica dos vários dispositivos que contribuam para a gestão dos riscos relacionados com a prática dos cuidados de saúde (PNSD 2015-2020).

As categorias *prioridade de decisão* e *organização de processos*, verificamos que, entre elas existe uma relação de associação, a qual se evidencia nos relatos: “sabemos que as realidades às vezes estão um bocadinho distantes porque é o possível daquilo que a norma define e, portanto, há aqui um trabalho que tem de ser feito de aproximação das condições disponíveis com o que a norma define por isso falamos muito em minimização e é esse o grande objetivo, minimizar o risco tanto quanto possível e existe todo um suporte que é neste momento muito rico” (E2).

A relação presente entre a *prioridade na decisão* e a gestão operacional estabelece-se como uma relação de associação, a qual se evidencia nas seguintes afirmações: “grande preocupação tem a ver com as infeções hospitalares” (E2); “a segurança num serviço é uma temática sempre muito importante, está à cabeça de muitos aspetos da gestão e do dia a dia” (E2); “temos um enquadramento muito preciso, um enquadramento muito necessário tendo em conta que em meio hospitalar os riscos são naturalmente acrescidos. Importa manter essas questões sempre em permanência, estamos a falar da questão das infeções, sobretudo isso, que é uma questão que chegou há alguns anos de forma intensa aos hospitais e também à pediatria, o que nos obriga a que a matéria da segurança seja sempre uma matéria do dia a dia” (E2).

As categorias *organização dos processos* e de *gestão operacional*, estas encontram-se relacionadas também por associação, sendo os dois discursos que evidenciam esta relação: “*neste contexto é fundamental a criação de sinergias entre os diversos intervenientes neste processo, para construção e desenvolvimento de uma política de segurança que garanta a consecução deste objetivo*” (E1); “*monitorização destes aspetos através de indicadores e outras ferramentas. Comunicação de resultados. Reuniões periódicas com chefes de equipa que posteriormente passaram a ser de equipa, por solicitação dos profissionais que sentiam que nem sempre as suas “vozes” eram ouvidas*” (E1).

A categoria de *gestão operacional* está também associada à categoria de *implementação do plano de segurança*, sendo possível verificar esta mesma relação nos excertos que a seguir se apresentam, das respostas dadas pelos elementos entrevistados: “*tento que toda a equipa esteja preparada para cumprir as normas de segurança do serviço. Verificamos quase diariamente se estão a cumprir os ensinos, se o plano de enfermagem e das auxiliares está a ser cumprido, se a família e utente já se sente bem no serviço, se tem conhecimento das normas e regulamentos e se cumpre, se o doente está efetivamente a ser tratado como deve ser tratado*” (E3); “*é uma dimensão mais de fundo, mais planeamento estratégico que utiliza informação resultante quer do processo de avaliação de desempenho, quer resultante dos eventos adversos que vão sendo sinalizados através do aplicativo que o hospital dispõe o HER+, quer através dos inquéritos de satisfação que os utentes preenchem no momento da alta que nos aportam um conjunto de informação importante para nós delinear uma estratégia e a estratégia depois vai sendo delineada em função dessa análise*” (E2).

Relativamente às categorias de *implementação do plano de segurança*, foi possível verificar que esta é parte da categoria de *implementação de medidas concretas*, tal como se verifica nas seguintes afirmações: “*fazemos auditorias aos resíduos hospitalares e com alguma periodicidade, agora acolhemos as auditorias do PPCIRA à lavagem das mãos que se fazem com regularidade*” (E2); “*PPCIRA que monitoriza isso através dos processos clínicos e que nos vão trazendo informação muito importante sempre que é o caso, nomeadamente na implementação de medidas de isolamento associadas à contaminação, à infeção que a criança tem e portanto, de acordo com os vários tipos de isolamento definidos nós alocamos as medidas necessárias em função desse tipo de isolamento e portanto temos o apoio da PPCIRA nessa identificação*” (E2).

A ocorrência de incidentes de segurança no decorrer da prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. No entanto, a criação de políticas e estratégias que diminuam a ocorrência destes incidentes, alguns dos quais são evitáveis, é reconhecida, quer a nível nacional quer internacional, como conducente a ganhos de saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde (PNSD, 2015-2020).

A categoria de *gestão operacional* mantém uma ligação de associação com a categoria de *implementação de medidas concretas*. Nas afirmações seguintes podemos verificar esta ligação sobre a implementação de medidas concretas nos respetivos serviços: “*realização de auditorias aos registos das enfermeiras, cujos resultados são comunicados à equipa com vista ao melhoramento*” (E1), “*são realizadas auditorias aleatórias aos registos e posteriormente comunicadas à equipa para otimizar os aspetos mais fragilizados*” (E1), “*com as auditorias que fazemos relativamente aos resíduos e que se tornaram periódicas recentemente e muito bem*” (E2), “*auditorias periódicas para fazer a avaliação da implementação dos planos de ação e das mudanças ocorridas*” (E5), “*melhoria dos pontos de fixação de informação, os chamados cartazes e pósteres, à melhoria dessa informação, ao ajustamento dos dispositivos que contêm as soluções desinfetantes, dos dispositivos de recolha de resíduos reforçando um ponto, ajustando em função de isolamentos*” (E2), “*identificar e antecipar situações de potencial risco*” (E1);

A gestão operacional desenvolve um papel fundamental na divulgação e implementação de medidas que visem a melhoria da prestação de cuidados de saúde, e para tal devem recorrer ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 “*que visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades*” PNSD (2015-2020).

Os enfermeiros gestores mostraram-se atentos e sensíveis a esta questão como podemos verificar nas seguintes afirmações: “*Realização de reuniões com as equipas de roulement (são 6)*” (E1), “*O gestor tem que estar muito atento a essas práticas, gerir as situações que possam por em causa a segurança de doentes e profissionais. Acima de tudo, dinamizar a integração dessas práticas diariamente.*” (E5).

A categoria de *gestão operacional* apresenta-se, nesta rede, como parte integrante da categoria de *condição do doente*, sendo que esta relação evidente nas seguintes afirmações: “*gestor tem que estar muito atento a essas práticas, gerir as situações que possam por em causa a segurança de doentes e profissionais. Acima de tudo, dinamizar a integração dessas práticas diariamente*” (E5); “*em termos da questão da infeção, nós utilizamos alguns indicadores como por exemplo o consumo da substância alcoólica e vamos monitorizando*” (E2); “*tento que toda a equipa esteja preparada para cumprir as normas de segurança do serviço. Verificamos quase diariamente se estão a cumprir os ensinamentos, se o plano de enfermagem e das auxiliares está a ser cumprido, se a família e utente já se sente bem no serviço, se tem conhecimento das normas e regulamentos e se cumpre, se o doente está efetivamente a ser tratado como deve ser tratado*” (E3).

Por sua vez, a *condição do doente* apresenta-se nesta rede, como parte integrante da categoria de *implementação de medidas concretas*, de acordo com os seguintes testemunhos: “são distribuídos questionários de satisfação aos pais dos recém-nascidos internadas na altura da alta, sendo divulgados trimestralmente em local publico os seus resultados e as diligências realizadas para dar resposta às fragilidades encontradas” (E1); “o GAF que é o nosso sistema da medicação tem muitos alertas, nomeadamente as alergias alimentares e as alergias medicamentosas” (E4); “tem o cálculo das doses da medicação perante o peso e tem uma série de barreiras ao erro. Na neonatologia temos o BICU que faz automaticamente o cálculo da dose de medicação e alimentação parentérica em relação ao peso” (E4).

A *condição do doente* é ainda parte da categoria de *prioridade na decisão*, tal como emergindo dos discursos: “na área pediátrica e muito em particular na Neonatologia, esta preocupação assume vital importância pela fragilidade e vulnerabilidade dos recém-nascidos” (E1).

No ano de 2005, a organização mundial de saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a segurança do doente e identificou seis áreas de ação, entre elas, o desenvolvimento de “Soluções para a segurança do doente”. Também nesse ano a Joint Commission International, foi designada como centro colaborador da OMS no que diz respeito as “Soluções para a segurança do doente”.

Com o objetivo de promover melhorias específicas em algumas das áreas consideradas problemáticas na prestação de cuidados a JCI estabeleceu seis metas internacionais de Segurança do paciente, sendo a sua implementação exigida nas instituições acreditadas ou em processo de acreditação, a partir de 1 de Janeiro de 2011. As seis metas referidas são: identificar os doentes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais de saúde; melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e doente correto; reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde; reduzir o risco de lesões ao doente, decorrentes de quedas.

É da responsabilidade de cada instituição a definição das normas, para cada uma das metas, que abranjam todo o sistema e cuja a efetividade será medida a partir de indicadores de qualidade. Relacionada com a qualidade emerge a segurança do doente, e tudo o que ela reúne, têm movimentado o interesse da comunidade científica, constituindo hoje uma área incontornável dos aspetos da qualidade em saúde (Fragata, 2011).

6. Formação para a segurança

A formação contínua, também associada á formação em serviço, é um processo de aprendizagem contínuo e sistemático ao longo da vida de uma pessoa valorizado pelos participantes desta investigação. A formação para a segurança é uma abordagem que incentiva indivíduos a adquirirem novos conhecimentos, habilidades e competências para se manterem atualizados nas suas profissões, acompanhar as mudanças no local de trabalho e melhorar seu desempenho em suas atividades profissionais para garantir segurança aos doentes. A fig.14 expõe as relações encontradas, de parte integrante e de associação, entre as quatro categorias integrantes da rede de formação para a segurança.

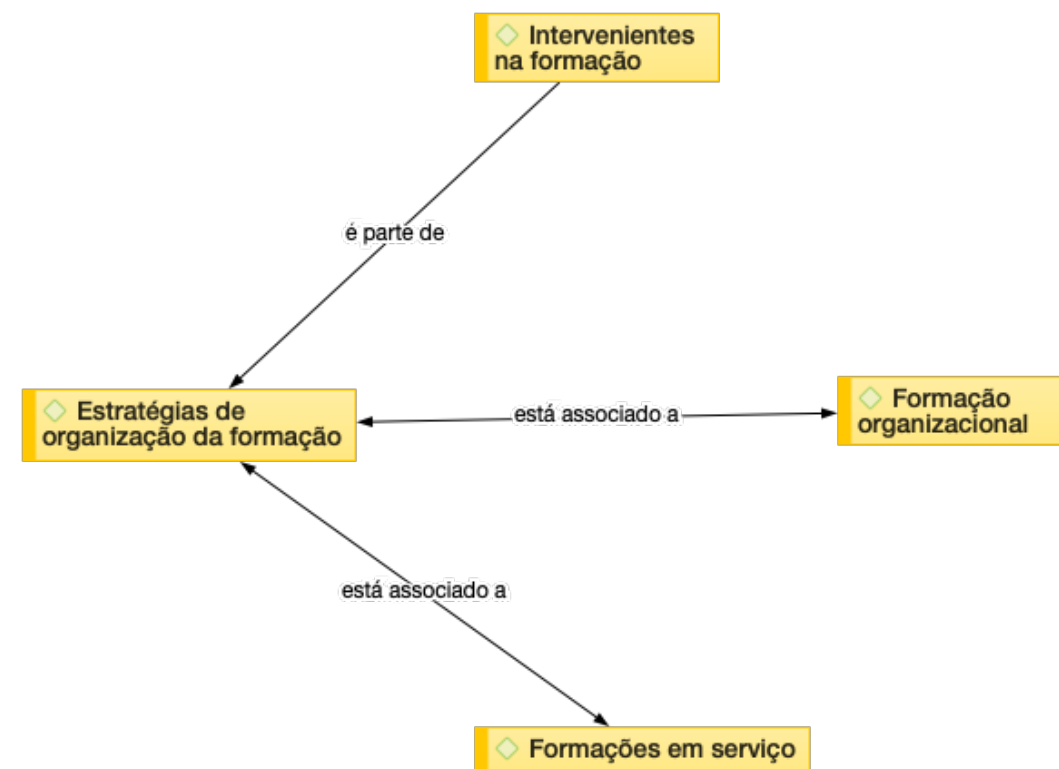


FIGURA 14 - Rede Formação para a Segurança

A categoria *Intervenientes na formação* apresenta uma relação de parte integrante com a categoria *estratégias de organização da formação*, e que sustenta este tipo de relação nas seguintes afirmações: “há uma intenção recente da DGS de envolver também os utentes neste tipo de mecanismo” (E2); “nós também providenciamos a esses voluntários de forma articulada

com a própria instituição e com o nosso serviço, formação sobre essa matéria de uma forma geral é a estratégia que utilizamos” (E2). Como podemos verificar um dos enfermeiros gestores entrevistados faz referência à necessidade de tornar algumas formações disponíveis em contexto hospitalar acessíveis aos doentes ou representantes dos mesmos no caso da pediatria, com o intuito de criar uma parceria nos cuidados.

A área da saúde está em constante evolução exige dos profissionais uma constante mobilização de conhecimentos adquiridos que devem ser continuamente atualizados através de formação permanente, como podemos contatar na análise da rede. A categoria *estratégias de organização da formação*, apresenta uma relação de associação com a *formação organizacional*, “*utilizamos também a formação que o próprio hospital disponibiliza através do centro de formação e que é uma formação imprescindível e que está praticamente sempre disponível, quer para enfermeiros quer para assistentes operacionais” (E2).*

Segundo Marques (2021 cit. Purcell 2019) estamos perante organizações de saúde cada vez mais consistentes no fornecimento de formação uniformizada, orientação de competências, formações altamente profissionais fundamentadas em informação clínica mais atual e de conteúdo baseado em evidências, capazes de responder ao aumento da exigência das necessidades formativas manifestadas pelos enfermeiros.

No que se refere à relação entre as categorias de *estratégias de organização da formação* e a categoria *formação em serviço* podemos constatar que se trata também ela, de uma relação de associação como podemos verificar nos seguintes discursos dos enfermeiros gestores manifestam preocupação na “*implementação de ações de formação específicas no serviço” (E2)* e “*ações de formação que nós dirigimos não só aos nossos profissionais e que vamos realizando no serviço sempre que se justifica” (E2)*, recorrendo a variados métodos para disponibilizar a informação “*nós temos pastas partilhadas no serviço e temos uma Sra. enfermeira formadora no serviço que coordena toda essa informação e temos um foco nessa questão e como temos esse foco sempre que temos outros processos nós utilizamos também esses outros processos na recolha de informação” (E2)*, e ainda, “*este elemento de ligação com a gestão do risco clínico e do risco não clínico é sujeito a formação, a um contexto formativo que depois replica no serviço” (E4).*

No sentido de tentar reforçar e atualizar o conhecimento das equipas, os enfermeiros gestores tentam perceber quais são as necessidades formativas mencionadas pela equipa com o intuito de as colmatar “*a formação em si, quando necessário possibilitar que haja formação de todos os temas que os enfermeiros se sintam menos confortáveis” (E3).*

A formação em serviço incentiva e desenvolve a capacidade de reflexão crítica sobre os cuidados que são prestados pelos formandos, recorrendo a situações da prática, revelando-se assim um grande contributo para a melhoria das mesmas. (Dias,2004)

Em suma, podemos afirmar que os resultados apresentados nas 6 redes construídas a partir dos dados recolhidos nos permitem afirmar que há relação com a generalidade dos conteúdos expostos pela literatura até agora criada através das investigações anteriormente realizadas a propósito desta temática.

IV- DOS ACHADOS AO ESTADO DA ARTE

A investigação em segurança do doente deve, primordialmente, centrar-se na origem, dimensão natureza e impacto dos eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde. Essa ideia é consubstanciada no facto de que, só com base nesse conhecimento se podem definir as mais adequadas estratégias de intervenção e estabelecer prioridades de atuação. Na investigação é de realçar a importância dos estudos epidemiológicos, com incidência e prevalência de eventos adversos, efetuados nos últimos anos em vários países, que para além de colocar o tema no centro das agendas políticas da saúde vieram sustentar tomadas de decisão, sejam elas clínicas ou políticas, local ou internacionalmente. (Fragata, 2011, p. 289).

Do estudo realizado e com vista à resposta às perguntas de investigação apresentamos uma síntese das áreas exploradas e confirmadas pela evidencia científica.

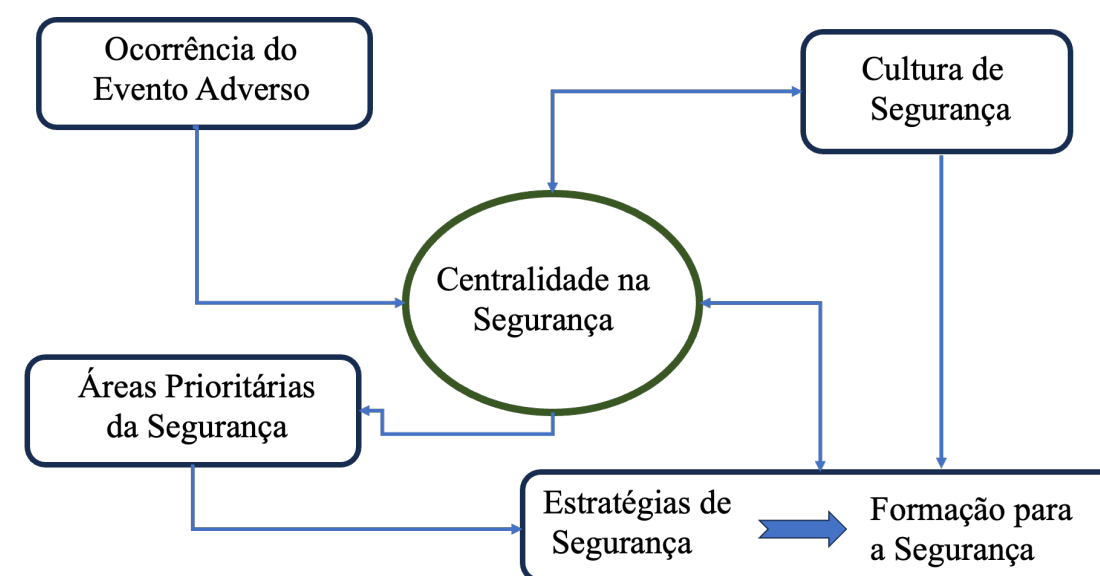


FIGURA 15 - Áreas temáticas expressas pelos participantes

A centralidade na segurança foi expressa pelos participantes o que nos ajuda a responder às questões de como organizam os enfermeiros gestores as suas atividades para planearem a implementação do plano de segurança dos doentes , a cultura de segurança é uma variável que pode ser isolada, analisada e alvo de mudança, porém os estudos realizados neste âmbito em contexto pediátrico são praticamente inexistentes (Silva et. al, 2016), contudo há aspetos que

se aplicam quando consideramos a cultura de segurança. O Plano de Segurança do Doente, tem como propósito alcançar nove objetivos estratégicos e apresenta metas a atingir, neste caso, até 2020. É esperado que as instituições de saúde realizem um conjunto de ações propostas, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestado (Ordem dos Enfermeiros,2015).

A centralidade na segurança leva à cultura de segurança e esta, evidencia-se pelas atividades dos enfermeiros gestores e contribui para responder às questões: Será que os enfermeiros gestores acompanham o desenvolvimento de procedimentos destinados à segurança do doente e ainda como avaliam os enfermeiros gestores as áreas de segurança desenvolvidas pelas enfermeiras/os?

O desenvolvimento da cultura é complexo e exige um trabalho sistemático do gestor bem como dos elos de ligação da gestão do risco além de uma identificação do investimento no elogio.

A cultura de segurança nas organizações de saúde começa a brotar como indicador estrutural básico e que simplifica as iniciativas que tem como objetivo a redução do risco de incidente e de eventos adversos neste domínio (AHRQ 2013). Mesmo existindo estudos relativamente recentes na literatura a reforçar essa afirmação, perante a complexidade da prestação de cuidados e diversidade característica das organizações, são necessários estudos adicionais para uma abordagem mais aprofundada sobre o tema a nível hospitalar. Assim, foi realizado um estudo piloto e efetuadas avaliações em três anos distintos sobre a cultura de segurança do doente no qual os resultados demonstraram necessidade de intervenção nas seguintes dimensões: resposta ao erro não punitiva, frequência da notificação, dotação de profissionais, apoio à segurança do doente pela gestão, trabalho entre unidades, abertura na comunicação, feedback e comunicação sobre o erro, perceções gerais sobre a segurança do doente e transições (DGS,2015).

A cultura de segurança exige a compreensão de valores, crenças e normas sobre o que é essencial numa organização e que tipo de atitudes e comportamentos são esperados no que diz respeito à segurança do doente (Sorra in Paese, 2013).

É esperado que uma instituição que possua uma cultura de segurança sólida apresente as seguintes particularidades: compromisso para discutir e aprender com os erros, reconhecimento da inevitabilidade do erro, identificação pró-ativa das ameaças latentes e sistema não-punitivo no relato e análise dos eventos adversos (Helmreich in Paese, 2013). A cultura de segurança liga-se intimamente com às estratégias conducentes de segurança expressas na comunicação, no trabalho em equipa e ambiente, mas do mesmo modo à formação valorizando a formação organizacional e em serviço, mas também as estratégias e explicitamente os intervenientes, aspetos valorizados pelo que vai de sentido na resposta a

questão que atividades são identificadas durante o turno da manhã com vista à segurança dos doentes.

A comunicação e o trabalho em equipe que emerge dos discurso é confirmada por Weaver et al.(2013) que valoriza a promoção da cultura de segurança como necessária para efetuar um conjunto de intervenções que tenham como ponto de partida os princípios da liderança, do trabalho em equipa e na mudança de comportamentos. Com o intuito de melhorar a cultura de segurança, têm sido desenvolvidas e aplicadas diversas estratégias como por exemplo, otimização do trabalho em equipa através da aplicação de um conjunto de métodos estruturados, melhorar a comunicação, a colaboração e a liderança, assim como, reuniões interdisciplinares com a presença e compromisso das lideranças organizacionais e prestadores diretos de cuidados de saúde discutem potenciais ameaças à segurança do paciente.

A escassez de formação sobre este tema, também se tem revelado um ponto negativo e são vários os autores que defendem o investimento na formação dos profissionais de saúde, através de um programa estruturado (Ramos et al.2013) e “assegurar que a segurança dos doentes seja parte integrante da educação e formação dos trabalhadores do setor da saúde, na sua qualidade de prestadores de cuidados” (CCE, 2008).

Relativamente às áreas prioritárias, estas ajudam-nos a encontrar respostas para as perguntas: será que as enfermeiras aplicam e utilizam estratégias nas suas atividades diárias para implementarem o plano de segurança nos doentes? Onde identificamos as dotações, segurança dos profissionais e do doente e não deixam de falar na segurança do ambiente, reforçam estas prioridades as referências dos autores, *“o envolvimento físico hospitalar tem um efeito substantivo na segurança de pacientes e na saúde e, ainda, na segurança de profissionais de saúde. Apesar disso, paradoxalmente os hospitais continuam a não ser concebidos com o objetivo explícito de promover a segurança do paciente e dos profissionais de saúde, principalmente por meio de investimentos na melhoria da sua implantação, design e funcionalidade”* (Sousa e Mendes 2014 p. 122).

Um local de trabalho adequado não deve ser visto apenas como um elemento de conforto, mas sim como uma condição indispensável, um meio imprescindível ao trabalho, com potenciais repercussões na segurança do doente. Temos de ter também em atenção os recursos humanos, que são insubstituíveis para o tratamento dos doentes, logo as condições em que prestam cuidados são determinantes para a qualidade desses mesmos cuidados, que dependem da saúde e segurança dos prestadores.

Relativamente às dotações seguras foram realizados vários estudos que demonstram a importância das mesmas na prestação de cuidados, contudo achamos pertinente fazer referencia ao resumo da literatura efetuado pelo Sindicato da Federação Canadiana de Enfermeiros (Canadian Federation of Nurses Union) em 2005, que revela uma relação evidente

entre o um número inadequado de enfermeiros e o aumento de resultados adversos nos doentes como: “úlceras de pressão; infecções do trato urinário; pneumonia; infecções de feridas no pós-operatório; erros de medicação; comprometimento pulmonar; trombose; tratamento da dor; hemorragias do trato gastrointestinal superior; quedas, choque e paragem cardíaca; insucesso na ressuscitação; e readmissão”(O.E 2006, p.11cit. ICN,). Por outro lado, a satisfação dos doentes diminui com uma dotação de enfermeiros reduzida.

Dos achados dos discursos ajudam-nos a responder a forma como se processa a ocorrência do erro e implicitamente a ocorrência de eventos adversos, estudos internacionais sobre potenciais números de erros por internamentos hospitalares (10 erros por cada 100 internamentos) apesar de não passar de uma estimativa, não se pode negar a existência do problema, e por essa razão o Ministério da Saúde tem vindo a demonstrar uma preocupação crescente com a segurança do doente, considerando esta área uma prioridade para a qualidade em saúde (Silva et al., 2016). Reforçada por Fragata (2011) que afirma “o conhecimento e a compreensão dos eventos adversos (frequência, causas e o seu impacto) constituem uma parte fundamental do processo, mais amplo, de avaliação e melhoria continua da segurança do doente e da qualidade em saúde” (p. 289).

Em síntese consideramos os achados deste estudo significativos para a compreensão do problema das condições e atividades desenvolvidas pelos enfermeiros gestores na segurança dos doentes em pediatria no sentido de garantir uma cultura de segurança nos serviços. Identificamos que desenvolvem atividades com centralidade na segurança, motivados a partir da ocorrência de eventos adversos mostrando-se preocupados com as áreas prioritárias que levam á tomada de decisão no sentido de encontrar as estratégias de segurança e a formação para a segurança vertendo para estas da cultura de segurança que pretendem desenvolver considerando a centralidade na segurança.

V - CONCLUSÃO:

A cultura de segurança e a gestão do risco, particularmente no serviço de pediatria, apresentam-se como conceitos de elevada pertinência, uma vez que interferem, de forma significativa, na qualidade dos seus serviços.

A cultura de segurança do doente reflete o comportamento dos membros de uma instituição, serviço ou equipa, principalmente nos valores e crenças partilhados e o quanto a priorizam. Neste estudo identificamos áreas de preocupação do enfermeiro gestor com a segurança dos doentes na pediatria valorizadas pelas estratégias identificadas e pela importância dada à formação em serviço e organizacional.

Os dados analisados orientaram para a importância dada pelos enfermeiros gestores à centralidade na segurança reforçando a importância dada à cultura de segurança nos serviços e valorizando a ocorrência de eventos adversos.

Os enfermeiros gestores no seu dia a dia desenvolvem atividades relacionadas com a gestão, no sentido de planear, organizar e dirigir dando particular ênfase à liderança. Valorizam o trabalho das equipas de risco, e estão preocupados com as boas práticas. Tornou-se evidente nos discursos o desenvolvimento de áreas prioritárias no que diz respeito a segurança do doente, dos profissionais e do ambiente.

A cultura de segurança do doente é definida pela valorização do trabalho em equipa, pelo empenho dos líderes da organização na evolução e melhoramento da prestação de cuidados de saúde seguros, pela adoção de uma postura proativa dos líderes frente à ocorrência de eventos adversos, reforçada pela boa comunicação entre profissionais e incentivo à notificação de eventos adversos, e que por consequência promove a aprendizagem efetiva organizacional.

No que se refere ao estudo empírico, a análise de conteúdo revelou ser uma escolha ajustada à realidade estudada, na medida em que permitiu identificar as áreas de preocupação como seja os eventos adversos, as estratégias de segurança e a formação incorporando estes na cultura de segurança.

Podemos afirmar depois desta investigação, que além de aumentar os conhecimentos sobre o processo de investigação qualitativa compreendemos a importância dada pelos enfermeiros gestores à cultura de segurança nos serviços.

O estudo permitiu ainda compreender a importância do Plano Nacional de Segurança do doente e o quanto este contribui para a dinamização da mudança nos serviços no sentido de garantir a segurança para os doentes e profissionais expressa em comportamentos no dia a dia dos enfermeiros validado pelos discursos dos gestores e pelo que observamos nos serviços.

É de referir que ao longo da sua elaboração e implementação, desta pesquisa foi inevitável o contacto com algumas dificuldades que impuseram algumas limitações tais como entrevistar só os gestores e a observação ter tido um limite e não ir até à saturação de dados.

O erro é, ainda hoje, um tema difícil, com abordagem pouco explorada, há vários elementos que o circundam e impedem de ser conhecido de forma estritamente analítica e promotora da melhoria e desenvolvimento no ambiente hospitalar.

Foi notório o desconforto dos elementos participantes em abordar este tema, tendo, contudo, sido muito generosos e atenciosos na sua participação e contributo para que este trabalho fosse concretizado.

Os resultados obtidos neste processo de investigação levam-nos a afirmar que esta área ainda precisa de muita investigação, debate e investimento, provavelmente ainda estamos longe de criar as condições assistenciais que o doente da pediatria merece considerando que ainda estamos centrados em apenas alguns eventos adversos e erros muito fígados a sintomas físicos e não temos sido capazes de aprofundar outros como sejam a segurança da informação dispensada, a segurança de capacitação dos pais e das crianças doentes, as consequências do bem estar físico, psíquico e espiritual face às intervenções dos profissionais.

Diríamos que temos que procurar as consequências na segurança da criança e seus pais quando internada num hospital pela falta de cuidados personalizados, como diria Callista Roy que importância tem para a segurança dos doentes a falta de cuidado holístico? como estamos a promover a segurança para garantir a adaptação do sistema complexo em constante interação com o ambiente considerando a criança e dos pais à sua nova condição de doença?

Neste processo de pesquisa encontramos algumas respostas à nossa preocupação inicial, mas ficamos com muitas mais dúvidas sobre os processos de cuidar e organizar os cuidados para a segurança nos serviços de pediatria.

BIBLIOGRAFIA

Aiken, H. L., Clarke, P. S., Sloane, M. D., Sochalski, J., Silber, H. J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288 (16), 1987-1993.

American Academy of Paediatrics Steering Committee on Quality Improvement and Management and Committee on Hospital Care. Policy Statement- principles of paediatric patient safety: reducing harm due to medical care. *Paediatrics* 2011;127:1199-1210

Ammouri, A. A., Tailakh, A. K., Muliira, J. K., Geethakrishnan, R., Phil, M., Al Kindi, S. N. (2015). Patient safety culture among nurses. *International Nurses Review*, 62(1), 102-110.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (2022). Plano Estratégico de Intervenção, Mandato 2022-2025. <http://www.apegel.org>

Balsanelli, A. P. (2018). Liderança do enfermeiro e sua relação com o ambiente de trabalho hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(2), 187-193. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800027>

Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

Belela, A., Pedreira M., Peterlini, M. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 563-569. <https://www.scielo.br/j/reben/a/k4qR8H5MqLpV9qXYW9yZvdH/?format=pdf&lang=pt>

Castilho, A. F.M. (2014). Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado: Contributos para a Política de Segurança. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78357/2/34302.pdf>

Coelho, S., Mendes, I. (2011). Da Pesquisa à Prática de Enfermagem aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. *Reflexão*, 15(4), 845-850. <https://www.scielo.br/j/ean/a/xkwqGfDtDZ4ZRRSHm9ttKmP/?format=pdf&lang=pt>

Comissão das Comunidades Europeias (2008). Comunicação da comissão ao parlamento europeu e ao conselho sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. https://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_pt.pdf

Conselho da União Europeia (2009). Recomendação do conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia* 151(1). [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01))

Despacho Normativo nº 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (2015). *Diário da República*: 2.ª série, nº 28. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

Despacho Normativo nº9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*: 2.ª série, nº187. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Diário da República n.º 48/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor
Dezembro, 2015. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf

Dias, J. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Lusociência.

Dias, S., Gama, A. (2019). *Introdução à investigação qualitativa em saúde pública*. Almedina.

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

Direção Geral de Saúde (2015). Relatório Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura dos Hospitais. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2020). Norma n.º 005/2018 da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Evangelista, C. B., Lopes, M. E., Nóbrega, M. M., Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. (2020). Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1-6. <http://scielo.pt/pdf/ref/vserVn4/vserVn4a15.pdf>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusododacta.

Fradique, M. J. & Mendes, L. (2013). “Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem” *Revista Enfermagem e Referência*. (3)10, 45-53. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239969010.pdf>

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. LIDEL.

Freitas, M. J., Parreira, P. M. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 171-178. <https://scielo.pt/pdf/ref/vserIII10/serIII10a20.pdf>

Gomes, A., Silva, M., Morais, S., Chiavone, F., Medeiros, S., Santos, V. (2016) Erro Humano e Cultura de Segurança à luz da teoria “Queijo Suiço”: Análise Reflexiva. *Rev Enferm UFPE online* 10(4) 3646-3652. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11139/12639>

Institut Canadien pour la Sécurité des Patients (2018). *Étude Canadienne sur les Événements Indésirables en Soins Pédiatriques*. http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/ResearcherInTheRoom/Documents/CPSI_canadian_paediatric_adverse_events_doc_Mar4_2013_french_FINAL.pdf

Institute for Safe Medication Practices (2022). Erreurs de médication pédiatrique dans le milieu communautaire: une analyse d'incidents multiples. *Bulletin de l'ISMP Canada* 22(5) 1-7. <https://ismpcanada.ca/wp-content/uploads/BISMP2022-n5-pediatrique-analyse-incidents.pdf>

International Council of Nurses (2018). Dotation en personnel infirmier sûre, fondée sur des données probantes. ICN, CIE, CII. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_C_Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_Fr_1.pdf

Journal Officiel de l'Union Européenne (2009). Sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde Recommendation du Conseil. 115(1).

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M.S. (2000). *To Err Is Human*. The National Academies Press.

Kohn, L.T., Corrigan, J., Donaldson, M. (2000) To err is human: building a safer health system Committee on Quality Health Care in American, Institute of Medicine

Lima, L. A., Silva, L. C. M. A., Dantas, J. K. S., Lima, M. S. M., Dantas, D. V., Dantas, R. A. N. (2021). Análise de Causa Raiz, Falhas e Efeitos na gestão da qualidade total pediátrica: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 74(6), 1-11. <https://www.scielo.br/j/reben/a/DpmJdnP8gn7zGNg5vLQB9wb/?lang=pt&format=pdf>

Lima, S. S. (2011). *Sistema de notificação de eventos adversos: Contributos para a melhoria da segurança do doente*. (Tese de mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Lima.pdf>

Lima, S., Agostinho, M., Mota, L., Príncipe, F. (2018). Perceção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(19), 99-106. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388258241011/html/>

Marques, M. (2021). *A Importância da Formação na Qualidade dos Cuidados Prestados no Serviço de Urgência Básica* (Tese de mestrado, Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/76449/1/TESE%20BIMART%20SUSANA.pdf>

Medeiros, L. P., Souza, M. B. C., Sena, J. F., Melo, M. D. M., Costa, J. W. S., Costa, I. K. F. (2015). Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16(1), 132-140. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324036185016.pdf>

Michigan, A. (2021). Healthcare Failure Modes and Affects Analysis (HFMEA). National Center for Patient Safety (NCPS). Guidebook <https://www.patientsafety.va.gov/docs/joe/HFMEA-Guidebook-January2021.pdf>

Oliveira, J. (2007). Intervenção da ordem dos enfermeiros para a segurança dos cuidados: Perspetiva do conselho diretivo. *Ordem dos Enfermeiros*, 24, 13-17.

Ordem dos Enfermeiros (2006). Dotações seguras, salvam vidas https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

Organisation Mondiale de la Santé: Priorités du programme mondial de recherche pour la sécurité des patients https://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/fr/

Organisation mondiale de la Santé. (2015). Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients édition multiprofessionnelle. OMS. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250728/9782111395572-fre.pdf?sequence=1>

Otero, J., Dominguez, G. (2000). Acontecimentos adversos por medicamentos: una patologia emergente. *Farmacia Hospitalaria*, 24(4), 258-266. <https://www.sefh.es/revistas/vol24/n4/240410.pdf>

Paese, F., Sasso, G. (2013) Cultura de Segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Texto&Contexto Enfermagem*, 22(2), 302-310. <https://www.scielo.br/j/tce/a/KTRQqp9NbgQCGy6PHQhhVmr/?format=pdf&lang=pt>

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. (2015). Diário da República, 2.ª série, nº 28. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>

Polit, D. F., Hunger, B. P. (2000). *Investigacion Cientifica em Ciencias de la Salud*. 6ª Edição. McGraw-Hill.

- Ramos, S., Trindade, L. (2011) Gestão de Risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. Tecno hospitalar
- Rausch, A., Seifried, J., Harteis, C. (2017). Emotions, coping, and learning in error situations in the workplace. *Journal of Workplace Learning*, 29(5), 374-393.
- Reason, J. (2000). *Human error: models and management*. 320, 768-770.
- Reis, F. L. (2010). *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado Segundo Bolonha*. Pactor.
- Relatório Técnico Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente; Lisboa,
- Ribeiro, M., Santos, S. L. & Meira, T. G. B. M. (2006) “Refletindo sobre liderança em Enfermagem” Escola Anna Nery. 10(1), 109-115. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000100014>
- Rock, D., Schwartz, J., (2006). The Neuroscience of Leadership. *Strategy+Business*, 43 1-12 <https://www.strategy-business.com/article/06207>
- Sale, D. (1998). Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde. Principia.
- Santos, M. C, Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: Problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10(10), 47-57.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H., Marshall, M. (2003) Implementing culture change in health care: theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care* 15(2) 111-118 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1475-6773.00154>
- Sheward, L., Hunt, J., Hagen, S., Macleod, M., Ball, J., (2005). The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management*, 13(1), 51-60.
- Silva, E., Pedrosa, D., Leça, A., Silva, D. (2016). Perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9) 87-95. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388245833011.pdf>
- Sousa, P. (2006) Patient Safety, *A Necessidade de uma Estratégia Nacional*. Acta MedPort, 19, 309-318.
- Sousa, P., Mendes W. (2014). *Segurança do Paciente - Criando Organizações de Saúde Seguras*. Fiocruz.
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10(10), 89-95. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19760/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202010%20-%20V.%20Tematico%20n10a10%20-%20p.89-95.pdf>
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E., Nunes, C. (2011). Segurança do Doente: Eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Universidade Nova de Lisboa. http://atuasaude.org/wp-content/uploads/2017/08/seguranca_do_doente-eventos_adversos_em_hospitais_portugueses_ensp_2011_3.pdf
- Sousa, P., Lage, M. J., Rodrigues, V. (2014) Magnitude do problema e os factores contribuintes do erro e dos eventos adversos. SciELO Books 95-114. <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-08.pdf>
- Strubert, H. J., Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Lusociência.

Tarozzi, M. (2011). *O que é a Grounded Theory: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados*. Petropolis: Editora Vozes

Trindade, L., Lage, M., (2014) A perspectiva histórica e principais desenvolvimentos da segurança do paciente in Sousa, Paulo; Mendes Walter. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde (1) 39-56

ANEXOS

5 QUESTIONS TO ASK ABOUT YOUR MEDICATIONS

when you see your doctor, nurse, or pharmacist.

1. CHANGES?

Have any medications been added, stopped or changed, and why?

2. CONTINUE?

What medications do I need to keep taking, and why?

3. PROPER USE?

How do I take my medications, and for how long?

4. MONITOR?

How will I know if my medication is working, and what side effects do I watch for?

5. FOLLOW-UP?

Do I need any tests and when do I book my next visit?



Keep your medication record up to date.

Remember to include:

- ✓ drug allergies
- ✓ vitamins and minerals
- ✓ herbal/natural products
- ✓ all medications including non-prescription products

Ask your doctor, nurse or pharmacist to review all your medications to see if any can be stopped or reduced.

© 2016 ISMP Canada



Visit safemedicationuse.ca for more information.

Canadian Society of Hospital Pharmacists



Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux



CANADIAN PHARMACISTS ASSOCIATION / ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA

SafeMedicationUse.ca



Anexo 2: Guião da Entrevista

Guião de entrevista semiestruturada

Tema: A visibilidade da cultura de segurança nos serviços de Pediatria

Entrevistados: Enfermeiro Chefe da Unidade de Pediatria

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

Local:		
Data e hora:	Idade:	Sexo:
Formação em Gestão		
Formação em cultura de segurança		

1. Explorar a importância atribuída pelos enfermeiros gestores às questões de segurança do serviço
 - 1.1. O que é para si a segurança num serviço?
 - 1.2. O que considera um serviço seguro?
 - 1.3. O que faz habitualmente no serviço sobre segurança (doentes, enfermeiros e outros profissionais)?
2. Descrever as áreas que os enfermeiros gestores privilegiam como fundamentais à segurança do doente
 - 2.1. Que áreas considera prioritárias para a segurança do doente?
 - 2.2. Que áreas considera prioritárias para a segurança dos enfermeiros?
 - 2.3. Que estratégias utiliza enquanto gestor do serviço para evitar perigos para os doentes e enfermeiros?
3. Identificar instrumentos para o controlo da segurança dos doentes
 - 3.1. Que instrumentos existem no seu serviço para controlo da segurança dos doentes?

4. Identificar estratégias que os enfermeiros gestores utilizam para a monitorização da segurança do doente e do serviço
 - 4.1. Que estratégias utiliza para a monitorização da segurança do doente/ dos enfermeiros?
5. Analisar formas utilizadas pelos enfermeiros gestores para a implementação de medidas corretivas para a segurança do doente.
 - 5.1. Quando é identificada alguma falha relacionada com a segurança do doente/enfermeiro, qual o procedimento que adota?
6. Analisar o modelo de segurança dos serviços
 - 6.1. Como enquadra a segurança do seu serviço (legislação, orientações da Ordem, teóricos sobre a segurança)?
 - 6.2. Quando há um incidente como fazem habitualmente? (frequência, registo, estratégias, metodologias)
 - 6.3. Existe, neste hospital, uma equipa/núcleo para liderar a Gestão de Risco?
Se sim, é de conhecimento de toda a equipa?
 - 6.4. Há algum assunto que queira acrescentar e que possa contribuir para este trabalho?