



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

Dissertação de Natureza Científica

**A Cultura de Segurança do Paciente em Estruturas
Residenciais para Pessoas Idosas**

José Pedro da Rocha Resende



LISBOA

2021



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

Dissertação de Natureza Científica

**A Cultura de Segurança do Paciente em Estruturas
Residenciais para Pessoas Idosas**

José Pedro da Rocha Resende



Orientadora: Prof. Maria da Graça Silva Quaresma

Coorientador: Prof. Doutor Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas



LISBOA

2021

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.

ENVELHECER

Entra pela velhice com cuidado,
Pé ante pé, sem provocar rumores
Que despertem lembranças do passado,
Sonhos de glórias, ilusões de amores.

Do que tiveres no pomar plantado
Apanha os frutos e recolhe as flores;
Mas lavra ainda e planta o teu eirado
Que outros virão colher quando te fores.

Não te seja a velhice enfermidade!
Alimenta no espírito a saúde,
Luta contra as tibiezas da vontade!

Que a neve caia! O teu ardor não mude!
Mantem-te jovem, pouco importa a idade!
Tem cada idade a sua juventude...

(Bastos Tigre, de A Arte de Envelhecer – Mira y Lopes, Novembro, 1975.

Mural do Centro de Apoio Social de Runa – Instituto de Ação Social das Forças Armadas)

DEDICATÓRIA

À Professora orientadora Graça Quaresma e ao Professor Doutor Pedro Lucas, pelo ponderado e paciente acompanhamento, pelo inestimável apoio e pela partilha na realização deste trabalho.

À minha esposa Mónica e aos meus filhos Tiago e Constança, privados da minha atenção e acompanhamento por longos períodos. Eles que sempre me apoiaram, impeliram e motivaram para a finalização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, que nas diferentes e consecutivas circunstâncias, muitas vezes difíceis, sempre me incentivaram, num contributo discreto, mas precioso para a concretização desta dissertação.

Às instituições envolvidas no presente estudo e aos seus Diretores Técnicos e Enfermeiros Gestores, que em circunstâncias muito difíceis, acolheram a ideia e me disponibilizaram todo o apoio.

Aos profissionais que participaram neste estudo, que nas suas tão exigentes jornadas, dispensaram parte do seu tempo para responder ao questionário.

LISTA DE ABREVIATURAS

ed. – edição

nº – número

p. – página

vol. – volume

LISTA DE SIGLAS

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

APE – Ambiente da prática de enfermagem

COVID - 19 - *Corona Virus Disease 2019*

CS – Cultura de segurança

CSP – Cultura de segurança do paciente

DGS - Direção Geral de Saúde

DL - Decreto-Lei

ERPI – Estrutura residencial para pessoas idosas

EUA - Estados Unidos da América

IBM - *International Business Machines*

NHSPSC - *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*

NR – não responde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PBE – Prática baseada na evidência

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional da Segurança dos Doentes

RCAAG - Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SP – Segurança do paciente

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TAP – Transportadora Aéreos Portugueses

UCCI - Unidade de cuidados continuados integrados

UPP – Úlceras por pressão

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

A segurança do cliente constitui uma dimensão cada vez mais valorizada na prestação dos cuidados de saúde de qualidade. As estruturas residenciais para pessoas idosas, com uma população muito vulnerável a eventos adversos, enfrentam relevantes desafios com a segurança dos seus clientes e com a sua própria sustentabilidade. Estudar a cultura de segurança na perspetiva dos cuidadores, além de despertar o interesse dos colaboradores para esta problemática, permite perceber os seus mecanismos, os seus pontos fortes e oportunidades de melhoria no que se refere à segurança dos clientes.

O presente estudo, teve como questão orientadora “Qual a cultura de segurança do paciente nas estruturas residenciais para pessoas idosas percebida pelos cuidadores?”, e tem como objetivo avaliar a cultura de segurança do cliente das estruturas residenciais para pessoas idosas na perspetiva dos cuidadores. São objetivos específicos do estudo identificar as dimensões que influenciam a cultura de segurança nas estruturas residenciais para pessoas idosas, descrever as perceções sobre a cultura de segurança do paciente entre diferentes grupos profissionais e identificar pontos fortes e áreas a melhorar da cultura de segurança com vista a intervenções significativas para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Aplicamos o questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, neste estudo quantitativo, descritivo e transversal, com a participação de 79 colaboradores de três estruturas residenciais para pessoas idosas. Analisados os resultados, verificou-se uma apreciação global muito favorável relativamente à segurança do cliente nas três estruturas. As dimensões “perceção geral da segurança do residente”, “feedback e comunicação sobre a existência de incidentes”, “transmissão de informação nas passagens de turno”, “expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente”, “trabalho de equipa” e “aprendizagem organizacional” evidenciam-se como pontos fortes da cultura de segurança do paciente, com taxas de respostas positivas superiores a 75%. Todavia, destaca-se que dimensões como “conformidade com os procedimentos”, “resposta não punitiva ao erro” e “pessoal” evidenciam claras margens de melhoria, com taxas de respostas positivas inferiores a 55%. Verificou-se também que grupos profissionais mais próximos dos residentes e dos cuidados diretos apresentam avaliações substancialmente menos favoráveis que os restantes profissionais das estruturas.

Estes resultados remetem para a necessidade de um novo e exigente paradigma de segurança do cliente das estruturas para idosos, aos enfermeiros gestores está destinado um papel proativo na definição e na liderança de novos processos de melhoria da cultura de segurança e da qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Casa de saúde; Segurança do doente; Cuidadores; Gestão; Enfermagem.

ABSTRACT

Customer safety is an increasingly valued dimension in providing quality healthcare. Nursing homes, with a population very vulnerable to adverse events, face relevant challenges with the safety of their customers and with their own sustainability. To study the culture of safety in the caregivers perspective, besides awaking the interest of the collaborators for this problematic one, allows to perceive their mechanisms, its strong points and chances of improving for the safety of the customers.

The present study, had as a guided question “Which is the safety culture of the patient in nursing homes from the perception of the caregivers?” and it has as objective to evaluate the safety culture of the customer of the nursing home in the perspective of the caregivers. The specific objectives of the study are to identify the dimensions that influence the safety culture in nursing homes, to describe the perceptions about the patient safety culture among different professional groups and to identify strengths and areas to improve the safety culture with a view to significant interventions to improve the quality of care.

We apply the questionnaire Nursing Home Survey on Patient Safety Culture, developed by the Agency for Healthcare research and Quality, in this quantitative, descriptive and cross-sectional study, with the participation of 79 employees from three residential structures for the elderly. After analyzing the results, there was a very favourable global assessment of customer safety in the three structures. The dimensions "overall perceptions of patient safety ", "feedback and communication about incidents", "handoffs", "supervisor expectations and actions promoting patient safety", "teamwork" and “organizational learning” stand out as strong points of the patient safety culture, with positive response rates above 75%. However, it is noteworthy that dimensions such as “compliance with procedures”, nonpunitive response to mistakes”, and “staffing” show clear margins for improvement, with positive response rates below 55%. It was also found that professional groups closer to residents and direct care have substantially less favourable evaluations than other professionals in the structures.

These results point to the need for a new and demanding paradigm of customer safety in structures for the elderly, nurse managers are assigned a proactive role in defining and leading new processes to improve the safety culture and quality of the care.

Keywords: Nursing home; Patient safety; Caregivers; Management; Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE....	6
2. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	13
3. GESTÃO EM ENFERMAGEM... ..	23
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO.....	28
1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	29
2. METODOLOGIA	30
2.1 Questão de Investigação e Objetivos do Estudo.. ..	30
2.2 Tipo de Estudo.....	30
2.3 População-alvo e Amostra.....	31
2.4 Procedimentos de Análise e Tratamento de Dados.. ..	32
3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	33
4. QUESTÕES ÉTICAS E FORMAIS... ..	35
5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
5.1 Caracterização Sociodemográfica da População-alvo.. ..	37
5.2 Avaliação das 12 Dimensões.....	44
5.3 Cultura de Segurança do Cliente na Perspetiva do Cargo ou Função.. ..	59
5.4 Avaliação Global das Estruturas.. ..	69
5.5 Consistência Interna.. ..	70
6. CONCLUSÕES.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74

ANEXOS

ANEXO I – Questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*, da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2008)

ANEXO II – Autorizações das ERPI para Aplicação do Questionário / Realização do Estudo

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição total de respondentes por estrutura...	38
Gráfico 2. Distribuição da amostra por género.....	39
Gráfico 3. Distribuição da amostra por grupo etário... ..	39
Gráfico 4. Distribuição da amostra por função.....	40
Gráfico 5. Distribuição pelo tempo de trabalho na estrutura.....	41
Gráfico 6. Distribuição pelo número de horas de trabalho por semana.....	42
Gráfico 7. Distribuição por frequência de turno.....	42
Gráfico 8. Distribuição por entidade pagadora.....	43
Gráfico 9. Distribuição por interação direta com o cliente.....	43
Gráfico 10. Distribuição por unidade de trabalho... ..	44
Gráfico 11. Avaliação geral das 12 dimensões da CS... ..	45
Gráfico 12. Distribuição das respostas na dimensão “trabalho de equipa”.. ..	48
Gráfico 13. Distribuição das respostas na dimensão “pessoal”... ..	49
Gráfico 14. Distribuição das respostas na dimensão “conformidade com os procedimentos”	50
Gráfico 15. Distribuição das respostas na dimensão “formação e capacitação da equipa”.....	51
Gráfico 16. Distribuição das respostas na dimensão “resposta não punitiva ao erro”.	52
Gráfico 17. Distribuição das respostas na dimensão “transmissão de informação nas passagens de turno.	52
Gráfico 18. Distribuição das respostas na dimensão “feedback e comunicação sobre a existência de incidentes”... ..	53
Gráfico 19. Distribuição das respostas na dimensão “abertura para a comunicação”.....	54
Gráfico 20. Distribuição das respostas na dimensão “expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente”.....	55
Gráfico 21. Distribuição das respostas na dimensão “perceção geral da segurança do cliente”. ..	55
Gráfico 22. Distribuição das respostas na dimensão “apoio da gestão para a segurança do cliente”.....	56
Gráfico 23. Distribuição das respostas na dimensão “aprendizagem organizacional”.....	57
Gráfico 24. Distribuição dos itens com percentagens mais baixas de respostas positivas	58
Gráfico 25. Distribuição dos itens com percentagens mais elevadas de respostas positivas	59
Gráfico 26. Avaliação global da estrutura... ..	69

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. As 12 dimensões e itens de pesquisa do NHSPSC.....	33
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. População-alvo...	31
Tabela 2. Taxas de resposta...	37
Tabela 3. Outra função...	40
Tabela 4. Taxa de respostas positivas por item e dimensão / Comparação com dois outros estudos...	46
Tabela 5. Respostas dos grupos de função na dimensão “trabalho de equipa”...	60
Tabela 6. Respostas dos grupos de função na dimensão “pessoal”...	61
Tabela 7. Respostas dos grupos de função na dimensão “conformidade com os procedimentos”...	62
Tabela 8. Respostas dos grupos de função na dimensão “formação e capacitação da equipa”...	62
Tabela 9. Respostas dos grupos de função na dimensão “resposta não punitiva ao erro”...	63
Tabela 10. Respostas dos grupos de função na dimensão “transmissão de informação na passagem de turno”...	63
Tabela 11. Respostas dos grupos de função na dimensão “feedback e comunicação sobre a existência de incidentes”...	64
Tabela 12. Respostas dos grupos de função na dimensão “abertura à comunicação”...	64
Tabela 13. Respostas dos grupos de função na dimensão “expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente”...	65
Tabela 14. Respostas dos grupos de função na dimensão “perceção geral da segurança do cliente”...	66
Tabela 15. Respostas dos grupos de função na dimensão “apoio da gestão para a segurança do cliente”...	66
Tabela 16. Respostas dos grupos de função na dimensão “aprendizagem organizacional”...	67
Tabela 17. Síntese relativa à função...	68
Tabela 18. Recomendação da estrutura a amigos...	70
Tabela 19. Estatística de confiabilidade de todas as secções do questionário...	70

INTRODUÇÃO

A importância atribuída à segurança do paciente (SP) e ao seu efeito nos resultados clínicos teve um importante impulso com o relatório do Institute of Medicine “*To Err is Human*”, no ano 1999 (DiCuccio, 2015). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a SP é uma dimensão relevante no âmbito da saúde pública (OMS, 2019). Esta organização é lacônica ao referir que existe um risco de 1 em 3 milhões de morrer durante uma viagem de avião, enquanto o risco de morte do paciente devido a um acidente médico evitável, ao receber cuidados de saúde, é estimado em 1 em 300 (OMS, 2019).

A cultura de segurança do paciente (CSP) em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), fortemente relacionada com o contexto organizacional, é frequentemente indicada como indicador de qualidade e segurança em saúde (Gartshore, Waring & Timmons, 2017). Porém, estas estruturas revelam dificuldades em desenvolver programas de melhoria da qualidade dos cuidados numa base alargada e em rede. Habitualmente, os projetos de melhoria da segurança nas estruturas para idosos são de pequena escala e com pouca longevidade (Damery, Flanagan, Rai & Combes, 2017). O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2021) sublinha que a resposta à pandemia *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) revelou e evidenciou as limitações crónicas na qualidade e no desempenho das instituições, com deficiências estruturais e de governação. Nesse contexto, o OPSS faz referência clara às deficientes e insuficientes respostas no âmbito do envelhecimento.

Reis, Paiva & Sousa (2018, p.17), revelam que a “avaliação da cultura de segurança em ambientes de organizações de saúde recebeu especial interesse por parte de pesquisadores, gestores e profissionais de saúde em várias partes do mundo”. Sabe-se, porém, que a realidade das ERPI não tem acompanhado esta dinâmica, pois a generalidade dos estudos sobre a SP centram-se nos contextos hospitalares. O défice de conhecimento e de medidas no âmbito da CSP em ERPI merece, assim, intervenções urgentes.

O OPSS (2021) afirma que as ERPI, além de não possuírem um modelo de cuidados, dispõem de cuidadores com elevado turnover, frequentemente com duplo emprego e com baixa formação. No âmbito de uma análise ao desempenho das ERPI face à pandemia COVID-19 o OPSS afirma mesmo que “os lares de idosos provaram ser excecionalmente perigosos” (OPSS, 2021, p.38).

A complexidade dos estados de saúde e funcional das pessoas idosas institucionalizadas, associada aos défices estruturais e sistémicos das ERPI, são um desafio para o desenvolvimento de estudos que permitam aprofundar o conhecimento sobre a CSP nestas instituições. Os residentes das ERPI - pessoas idosas, frágeis e doentes, portadores de múltiplas deficiências físicas, cognitivas e/ou sensoriais, determinam elevadas necessidades de apoio. Nessa medida, seria desejável que esse apoio fosse desenvolvido numa estrutura com processos consolidados e com profissionais motivados, com formação e com uma elevada CSP.

A esmagadora maioria dos estudos referentes à CSP tem-se desenvolvido ao nível hospitalar. Para lá da literatura americana, a evidência científica referente à CSP nas ERPI é ainda escassa, designadamente em Portugal (Resende, Quaresma & Lucas, 2021). Apesar da pouca evidência em Portugal, existe já diversa literatura relativa à SP nas ERPI, que fornecem dados significativos para uma mudança de paradigma ao nível organizacional.

Reconhecendo que, na maioria dos casos, torna-se difícil refletir tais mudanças no dia-a-dia, muitas vezes confuso, complexo e intenso, os enfermeiros podem desempenhar um papel determinante neste processo. Torna-se assim evidente, não só a relevância do papel do enfermeiro gestor, mas também a necessidade de mais e melhor evidência que capacite os enfermeiros no seu influente papel na melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança.

A enfermagem sempre teve um papel histórico na promoção da SP (Kowalski & Anthony, 2017). A Ordem dos Enfermeiros (OE), através da investigação, impulsiona os gestores para a criação de ambientes favoráveis ao desenvolvimento de culturas de qualidade e segurança (OE, 2006). Ao contrário do passado, em que a maioria da investigação em enfermagem era assegurada por académicos, “cada vez mais, a pesquisa tem sido conduzida por enfermeiros inseridos na prática assistencial, que desejam descobrir o melhor para os seus pacientes” (Polit & Beck, 2019, p.3).

A procura da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem deverá constituir um compromisso de todos os enfermeiros. De facto, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na melhoria dos cuidados, independentemente dos seus cargos ou funções (Quintana, 2019). A mesma autora refere que a compreensão e a valorização das diferenças culturais beneficiam tanto os pacientes como os profissionais (Quintana, 2019). É esta responsabilidade que impele os enfermeiros gestores no processo de investigação, na busca da

melhor evidência, que apoie a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e em segurança.

Em 2015, Portugal foi considerado o 8º país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) com maior número de anos de vida saudável perdidos em resultado dos eventos adversos sofridos no âmbito dos cuidados de saúde. Estima-se que 15% dos gastos em saúde estejam relacionados com o aparecimento de eventos adversos (Slawomirski & Auraen, 2017). Numa recomendação sobre a SP, o Conselho da União Europeia (2009, p.1) reconhece que “a insuficiente segurança dos doentes constitui um grave problema de saúde pública e representa um pesado ônus económico para recursos de saúde limitados” e indica que esta dimensão deverá integrar o ensino e a formação, não só dos prestadores de cuidados, mas também dos outros colaboradores do setor, tais como o pessoal administrativo e de gestão. Indica também que deverão ser recolhidos dados “a fim de instituir programas, estruturas e políticas de segurança dos pacientes eficazes e transparentes” (Conselho da União Europeia de 9 de junho de 2009 – 2009/c 151/01).

As pessoas residentes em ERPI permaneceram particularmente vulneráveis durante o decorrer da crise COVID-19. Segundo Bienassis, Llena-Nozal & Klazinga (2020), a maioria dos óbitos ocorridos por COVID-19 ocorreu no âmbito das ERPI. Estes factos confirmam que estas estruturas evidenciam margens de melhoria significativas nos processos de segurança dos seus clientes.

No âmbito da prestação de cuidados de qualidade e de segurança, urge desenvolver conhecimentos em torno da CS nas ERPI, uma vez que a evidência científica é ainda muito escassa, principalmente ao nível nacional. É neste substrato que o presente estudo se expande, permitindo, não só o incremento dos conhecimentos no âmbito da CS nas ERPI, como também a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Este estudo permitirá também que as instituições envolvidas aprofundem o seu autoconhecimento e projetem intervenções com vista à melhoria dos seus serviços e à manutenção da sua própria sustentabilidade.

A complexidade do estado de saúde e funcional dos residentes das ERPI, o contexto estrutural das instituições e o insipiente nível de investigação no âmbito da CSP conduziram ao desenvolvimento da presente dissertação. Da análise desta problemática surgiu a questão de investigação que orienta o presente estudo: “Qual a cultura de segurança do paciente nas estruturas residenciais para pessoas idosas percebida pelos cuidadores?”.

Como contributo para a questão de investigação, foi desenvolvida uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com recurso aos seguintes descritores: Casa de saúde, Segurança do doente, Cuidadores, Gestão da segurança e Enfermagem. Na elaboração da RIL recorreu-se às fontes de pesquisa MEDLINE e CINAHL (artigos com texto integral). Houve ainda recurso ao Google Scholar e a repositórios de dissertações, sendo a pesquisa complementada por referências dos estudos integralmente analisados. Esta RIL, que conduziu à apresentação de um artigo no 10º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, entretanto publicado no livro “*New Trends in Qualitative Research (2021)*”, além de constituir uma importante ferramenta na definição de muitos conceitos, permitiu perceber a amplitude geral da investigação sobre a CSP em instituições para pessoas idosas.

É objetivo geral deste estudo avaliar a CSP nas ERPI percebida pelos cuidadores. Por sua vez, o presente estudo tem como objetivos específicos identificar as dimensões que influenciam a CS nas ERPI, descrever as percepções sobre a CSP entre diferentes grupos profissionais e identificar pontos fortes e áreas a melhorar da CS com vista a intervenções significativas para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Para a consecução dos objetivos, no decorrer deste estudo, em 3 (três) ERPI do distrito de Lisboa, foi aplicado o questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC)*, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* a todos os profissionais que, de alguma forma têm contacto direto com os seus residentes. O NHSPSC, além de possibilitar a recolha da opinião dos participantes sobre a CS, permite a consciencialização sobre as questões de segurança do cliente, a avaliação do estado da CS, a identificação de pontos fortes e áreas a melhorar. Permite ainda avaliar o impacto de iniciativas de melhoria da segurança, verificar a evolução das mudanças de CS e comparar diferentes estruturas relativamente à CS (AHRQ, 2010).

A presente dissertação está estruturada em duas partes: a primeira parte, designada por Enquadramento Teórico, é referente à contextualização numa perspetiva teórica da CSP, da qualidade dos cuidados de enfermagem e da gestão em enfermagem. A segunda parte, denominada por Trabalho Empírico, refere-se à apresentação da metodologia do estudo, do instrumento de colheita de dados, da apresentação, análise e discussão dos resultados e das conclusões. Para finalizar, são apresentadas as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices reunidos no decorrer do estudo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

A temática da SP reveste-se de grande atualidade num momento de crise sanitária, económica e social, com serviços sobrecarregados e com escassos recursos. O despertar das autoridades de saúde para esta temática não é recente; as organizações de saúde têm progressivamente tomado consciência da importância da cultura organizacional na segurança do cliente (Nieva & Sorra, 2003). A CS é cada vez mais reconhecida enquanto componente fundamental da qualidade dos cuidados de saúde no seio das organizações (Reis et al., 2018).

A Direção Geral da Saúde (DGS) prioriza a SP e considera “fundamental a avaliação da cultura de segurança para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais” (DGS, 2018, p.3). Na sequência da recomendação da OMS e do Conselho da União Europeia, a DGS sublinha a necessidade de avaliar a perceção dos profissionais sobre a CSP, como “condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes” (DGS, 2018, p.3). Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 indica que “o ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear” (Despacho n.º 1400-A/2015). Já o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), decorrente da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e alinhado com o Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030, integra 5 pilares: Cultura de segurança; liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros. Destaca-se como um dos objetivos estratégicos do pilar “Cultura de segurança” a avaliação da cultura de segurança, tendo como meta a implementação do questionário de Avaliação da Cultura de Segurança em 95% das unidades prestadoras de cuidados de Saúde (Despacho n.º 9390/2021).

Torna-se fundamental definir alguns conceitos relacionados com a SP para melhor se compreender esta temática. Para a OMS (2021) a SP é vista como um conjunto de atividades organizadas que gera culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes que levam à diminuição consciente e sustentável dos riscos, reduzindo a ocorrência de danos evitáveis, diminuindo a probabilidade dos erros e mitigando as consequências dos danos. Segurança do paciente pode ser vista como “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em

face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados” (*World Health Organization –WHO*, 2009, p.15).

A formação dos profissionais de saúde no âmbito da SP e a avaliação da cultura de segurança constituem dinâmicas importantes nos processos de melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados, sendo um dos primeiros objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026. A OMS indica que os profissionais de saúde devem perseguir cinco importantes atributos na gestão da cultura de segurança do paciente: (1) uma cultura segundo a qual todos os trabalhadores dos cuidados em saúde (incluindo o pessoal de atendimento direto ao paciente, médicos e administradores) assumem a responsabilidade pela própria segurança, a dos colegas de trabalho, a dos pacientes e a dos visitantes; (2) uma cultura que prioriza a segurança acima de objetivos financeiros e operacionais; (3) uma cultura que estimula e recompensa a identificação, comunicação e resolução de questões de segurança; (4) uma cultura que estabelece uma aprendizagem organizacional a partir de acidentes ocorridos; (5) uma cultura que fornece estruturas, responsabilidades e recursos apropriados para manter sistemas de segurança eficientes (WHO, 2009).

Organizações com CS positiva mantêm a tônica na melhoria contínua, na valorização das questões de segurança e na comunicação sobre as ameaças associadas (McDonald & Waring, 2014). Além disso, os mesmos autores realçam que uma organização com uma CS positiva apresenta as seguintes características:

- Consciência do perigo, onde os funcionários se mantêm atentos aos riscos potenciais;
- Criação do sentimento individual e coletivo que reconheça e compreenda a influência dos fatores sistêmicos, afastando a culpabilização individual;
- Comunicação e abertura para partilha de experiências de prática insegura e para a promoção de soluções e aprendizagens;
- Valorização e priorização da segurança;
- Aprendizagem e mudança a partir da experiência da prática insegura, se reflete, analisa e desenvolve a segurança;
- Liderança pró-ativa e comprometimento organizacional- em que a segurança integra o nível estratégico organizacional. (McDonald & Waring, 2014)

É fundamental desenvolver uma CS numa altura em que, apesar de mais eficazes, os cuidados de saúde são agora mais complexos, destinados a pessoas mais velhas e mais doentes (OMS, 2013). Para alcançar melhorias significativas ao nível da SP é fundamental uma clara definição de políticas, uma efetiva liderança organizacional, profissionais qualificados e o envolvimento dos pacientes (OMS, 2019).

O Comité Consultivo para a Segurança das Instalações Nucleares, citado por Nieva & Sorra (2003, p.18) define CS de uma organização como um produto dos valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e grupais que ditam o envolvimento, o caráter e a mestria da gestão da segurança. Já a Bienassis et al., (2020) acrescenta que a CS está relacionada com regras tácitas e não formais que enquadram as intervenções dos grupos e das pessoas num determinado ambiente organizacional. De modo integrado, a AHRQ (2019), entidade pioneira no estudo das questões da segurança e da qualidade nos Estados Unidos da América (EUA), afirma que a cultura organizacional diz respeito a crenças, valores e normas, partilhadas em toda a organização, têm impacto no respetivo comportamento. A CSP concretiza-se na medida em que essas crenças, valores e normas sustentam e incentivam a segurança do paciente.

A CS é multifacetada, mas apresenta determinados fatores críticos tais como, a liderança, a aprendizagem organizacional, os fatores humanos, o trabalho em equipa e a comunicação. É fundamental avaliar a interação entre as pessoas, os sistemas e as culturas e focar as intervenções na melhoria da aprendizagem e na melhoria da segurança do paciente (OMS, 2019). A CS encontra-se nas intervenções destinadas a melhorar a SP e na erradicação dos danos. Encontra-se também na educação profissional e em sistemas de sinalização do erro sem culpa (Slawomirski & Auraen, 2017).

Num estudo comparativo sobre a CS entre os hospitais com as ERPI nos EUA, Castle (2011) conclui que em algumas dimensões, a CSP nas ERPI até é mais favorável que a CSP nos hospitais, perspetivando, assim, uma oportunidade de aprendizagem na assistência à pessoa idosa e, consequentemente, a possibilidade de melhoria dos cuidados. Não se conhecem em Portugal estudos comparativos da CSP entre os hospitais e as ERPI. Não obstante, “em comparação com os hospitais, a CSP em ERPI encontra-se ainda numa fase inicial em muitos países (Resende et al., 2021, p.664). Neste âmbito, o NHSPSC e o “*Safety Attitudes Questionnaire*” são das ferramentas de pesquisa mais usadas na avaliação da CSP (DiCuccio, 2015).

Para Bonner, Castle, Men & Handler (2009) existe relação entre a CSP e os resultados clínicos. Além disso, equipas com uma CSP mais desenvolvida tendem a relatar eventos adversos com mais frequência e, por conseguinte, desenvolver ações para os prevenir. Fornecer cuidados de saúde seguros em ambientes complexos pode ser um desafio. Porém, para cuidados de qualidade, a segurança merece a mais alta prioridade (WHO, 2017). Os gastos na criação de ambientes mais propícios ao bem-estar das pessoas idosas devem ser entendidos como um investimento e não como um custo (OMS, 2015). Para Bienassis et al., (2020) uma CSP forte corresponde a um ambiente mais colaborativo e seguro, assumindo

como valor e meta comum a melhoria contínua e a segurança do cliente. Também o PNSD visa “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade” (Despacho n.º 1400-A/2015, p.3882-2).

Num Parecer do Conselho Jurisdicional sobre as condições do exercício, a OE (2010) afirma que “a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objetivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à proteção dos direitos dos clientes a cuidados seguros” (p.2).

Ainda a OE (2016), num estudo de avaliação do estado funcional a 1019 residentes de 17 instituições, evidencia claramente a complexidade associada às ERPI. O estudo conclui que, no conjunto dos residentes, “31,7% tem alto risco de desenvolverem UPP, 29,7% tem alto risco de queda (...) a prevalência de UPP é de 8,6% e de quedas de 18,7% (p.55)”. No mesmo estudo, a OE refere ainda que menos de ¼ dos residentes são independentes na marcha e que 46,8% da população estudada tem declínio cognitivo (OE, 2016). A complexidade do paciente constitui, por si só, um fator de risco acrescido para falhas na segurança e, consequentemente, para significativos danos no paciente (Auraaen, Slawomirski & Klazinga, 2018). Esta complexa realidade determina uma abordagem séria às questões de SP com envolvimento de todos os elementos da equipa. Os residentes em ERPI, pessoas com múltiplos problemas físicos e cognitivos, constituem uma população com elevado risco para eventos adversos tais como quedas, úlceras de pressão, infeções do trato urinário e erros de medicação (Damery et al., 2017). As pessoas institucionalizadas são mais dependentes e portadoras de mais doenças crónicas e as simples diferenças entre a instituição e o domicílio podem significar um risco acrescido para as pessoas (Deandrea et al., 2013).

A gestão do risco na prestação de cuidados de saúde deverá ser vista como um processo coletivo com o intuito de proporcionar a maior segurança possível aos utentes. Os incidentes ou eventos adversos, potencialmente graves, raramente estão associados à falta de competências dos profissionais, mas sim a defeitos das organizações (Despacho n.º 1400-A/2015). A Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (ENQS) 2015-2020, refere que “as unidades de saúde que negligenciam a cultura interna de segurança e, consequentemente, o investimento em boas práticas clínicas têm um risco dez vezes maior de ocorrência de incidentes” (Despacho nº 5613/2015, p.13551).

Nos últimos anos houve um grande desenvolvimento de estudos acerca da CSP nas ERPI (Gartshore et al., 2017). Impulsionados pelos EUA, outros países europeus e asiáticos têm desenvolvido estudos que permitem extrair uma razoável perspetiva no âmbito da CSP nas ERPI (Bondevik, Hofoss, Husebø & Deilkås, 2017; Santos, 2015; Park, Hong, Lim &

Lee, 2015; He et al., 2020; Desmedt, Petrovic, Beuckelaere & Vandijck, 2018). Apesar dos avanços referidos, as evidências relativas à CSP nas ERPI são ainda limitadas e incompletas. A baixa representatividade dos estudos estará relacionada com as diferenças nas tipologias e dimensões das estruturas entre cada país, mas também na grande variabilidade dos problemas que essas estruturas revelam (Gartshore et al., 2017).

Um dos desafios para a segurança dos cuidados está relacionado com a qualificação dos colaboradores das ERPI. Grande parte dos prestadores de cuidados diretos não possui qualificações para tal (Gartshore et al., 2017). Outro aspeto que parece transversal na CSP nas ERPI é o facto dos colaboradores mais envolvidos nos cuidados e, naturalmente, mais próximos dos pacientes, revelarem avaliações de CSP mais baixas do que os administradores (Banaszak-Holl et al., 2017; Santos, 2015).

A prevenção e a adequada notificação de eventos adversos deverão também merecer uma atenção redobrada, uma vez que parecem estar intimamente ligadas à CSP nas ERPI. Num estudo na Coreia do Sul, Park et al., (2015) identificam uma correlação positiva entre a CSP e a atenção perante as quedas, assim como as intervenções para a sua prevenção. Ainda assim, a complexidade da população das ERPI parece justificar melhor os múltiplos fatores que contribuem para os eventos adversos ocorridos naquelas estruturas (Simmons et al., 2016).

Na China, a incidência de eventos adversos nas ERPI é muito maior que nos hospitais (He et al., 2020). Estes autores sublinham que os relatos de eventos adversos são fundamentais para a SP. Nas ERPI estudadas por He et al., (2020) a perceção geral da SP é francamente favorável. No entanto, verifica-se um nível moderado na perceção da CSP e nos relatos de eventos adversos. À semelhança de outros estudos, dimensões como o “trabalho de equipa” e “conformidade com os procedimentos” revelam pontuações baixas, verificando-se grande precaridade nos colaboradores, com cargas de trabalho elevadas, havendo mesmo a tentação de, no decorrer da prestação de cuidados, os profissionais optarem por atalhos ou ignorarem os procedimentos estabelecidos (He et al., 2020). Simmons et al., (2016) sustentam que, devido a vários motivos, as ERPI revelam uma grande dificuldade em mitigar ou evitar os fatores causais de eventos adversos nos residentes. Assumindo que esta realidade é diferente da hospitalar, integrar as dificuldades com a complexidade inerente à população e com as características da estrutura e dos seus colaboradores pode ajudar na definição de cuidados baseadas na evidência com objetivos mais realistas (Simmons et al., 2016). Também Buljac-Samardžic & Van Woerkom (2018) defendem que a maioria dos eventos adversos parece estar mais relacionado com as condições dos pacientes. Importará assim desenvolver

medidas no sentido de adequar os serviços e os cuidados às características dos residentes e das ERPI.

Num estudo para avaliar a relação entre a CSP e a taxa de eventos adversos em ERPI nos EUA, Abusalem et al., (2019) encontraram dados compatíveis com o estudo da AHRQ (2019). A maioria dos 252 participantes, além de terem uma boa ou excelente apreciação geral da SP, recomendaria a sua estrutura a amigos. Verificou-se também que o aumento da disponibilidade de cuidados de enfermagem e o aumento da CSP resultam numa influência significativa na diminuição de úlceras de pressão, ITU e quedas nas ERPI (Abusalem et al., 2019). He et al., (2020) recomendam a criação de um banco chinês de relatos de eventos adversos em ERPI que permita o acesso a dados confiáveis, que forneça evidências para reduzir barreiras à notificação de eventos adversos e que promova a CSP. Esta poderá ser uma iniciativa de grande interesse noutros países. No âmbito do desenvolvimento de um programa de formação e avaliação em 35 lares ingleses, num período de 24 meses, Bondevik et al., (2017), acreditam que uma CS positiva nas organizações de saúde influencia os resultados de segurança e resulta numa menor incidência de erros clínicos e outros danos.

“Das maiores calamidades até aos mais insignificantes acidentes, as consequências levam sempre à sua origem (ou melhor, não levam), que é a falta de alguém responsável por...” (Nightingale, 2005, p.62). Para Schmalbach (2015) os erros médicos não resultam do descuido de um indivíduo nem da ação de um único grupo, mas sim de sistemas e processos fatalmente falíveis que levam os prestadores a cometerem erros. Para este autor, “a falha reside no processo em oposição à pessoa” (Schmalbach, 2015, p. 772).

Parece claro que a maioria dos eventos adversos se atribui a fatores estruturais e sistémicos, incorporando maioritariamente uma dimensão organizacional. A CSP tenderá a tirar a ênfase da culpabilização do profissional ou da equipa perante eventos adversos, devendo concentrar-se nas intervenções de melhoria da qualidade, dos sistemas e dos processos (Damery, Flanagan, Jones, Nayyar & Combes, 2019). Os enfermeiros gestores terão um papel importante na definição de um caminho mais expedito, seguro, transparente e menos punitivo na comunicação de eventos adversos, no qual a equipa possa partilhar os erros e aprender (He et al., 2020; Santos, 2015; AHRQ, 2019).

Numa avaliação da CSP em 6 ERPI do norte da Bélgica, Desmedt et al., (2018) confirmam a tendência de apreciações mais favoráveis por parte dos gestores, ao obterem pontuações significativamente mais elevadas que os enfermeiros na maioria das dimensões.

Ao estudar a CSP percebida pelos enfermeiros em unidades de cuidados continuados integrados (UCCI) portuguesas, Santos (2015) verifica avaliações muito favoráveis nas dimensões “perceção geral da segurança do cliente”, no “feedback e comunicação sobre a

existência de incidentes” e nas “expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente”. A avaliação favorável revela-se também na pergunta se “considera a UCCI segura / recomendaria aos seus amigos?”. Nessas UCCI as dimensões como “pessoal”, “conformidade com os procedimentos” e “formação e capacitação da equipa”, não revelando pontuações negativas, constituem oportunidades de melhoria. Já a dimensão “resposta não punitiva a erros” apresenta-se como prioridade emergente de melhoria (Santos, 2015), facto que potenciará a subnotificação de erros.

Num estudo de dois anos apresentado em 2019, com abordagem à generalidade dos funcionários de 191 ERPI dos Estados Unidos, num total de 10499 colaboradores, a AHRQ encontra avaliações mais favoráveis para as dimensões “perceções gerais de segurança dos residentes”, “feedback e comunicação sobre incidentes” e “expectativas e ações do supervisor para promover a segurança dos residentes”. Por sua vez, verifica-se um potencial de melhoria nas dimensões “trabalho de equipa”, “abertura à comunicação” e “resposta não punitiva a erros” (AHRQ, 2019). O bem-estar insatisfatório, o esgotamento físico e níveis de *burnout* moderados a elevados apresentam uma correlação significativa com piores índices de SP, facto que remete para a importância de criar ambientes de trabalho seguros e favoráveis à saúde mental dos colaboradores de modo a melhorar a SP (Hall, Johnson, Watt, Tsipa & O’Connor, 2016).

As recorrentes baixas pontuações encontradas nos diferentes estudos no que se refere à dimensão “pessoal” podem ser causadas por diversos fatores. Num estudo nos Países Baixos, Buljac-Samardžić & Van Woerkom (2018) concluíram que a maioria dos colaboradores das ERPI estudadas vê a sua carga de trabalho como problemática.

Organizações com cultura positiva de segurança revelam uma comunicação assente na confiança mútua, perceções comuns da importância da segurança e confiança na eficácia das medidas preventivas (Nieva & Sorra, 2003).

Uma CS centrada na pessoa, além de conduzir à diminuição dos eventos adversos e das suas consequências, levará a resultados positivos para os utentes, para a organização e para os seus colaboradores. Podemos encarar os cuidados seguros como “um barómetro do sucesso do sistema básico para melhorar a qualidade” (OMS, 2020, p.13), assumindo, assim, a segurança como dimensão fundamental da qualidade. A área assistencial à pessoa idosa no âmbito das ERPI caracteriza-se por uma grande complexidade e é associada a relevantes défices estruturais (Resende et al., 2021). Numa dinâmica de melhoria dos serviços e de sustentabilidade das instituições, os enfermeiros gestores encontram nas ERPI condições favoráveis para desenvolver projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e da segurança dos seus residentes.

2. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A qualidade dos cuidados tem merecido uma preocupação crescente tanto ao nível internacional, como ao nível nacional. A atual dinâmica centrada na qualidade dos serviços constitui uma exigência para os gestores de modo a garantir uma assistência isenta de riscos (Dias, Martins & Haddad, 2014). Não obstante, numa época de recursos limitados, aludir para dimensões como a qualidade dos cuidados e a segurança dos utentes poderá criar importantes desafios para os enfermeiros gestores. De igual modo, os défices estruturais, a complexidade organizacional e o cariz multiprofissional das ERPI portuguesas remetem para um “conjunto de intervenções emergentes que conduzam à melhoria da cultura de segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados nestas estruturas” (Resende et al., 2021, p.663).

Para Ribeiro, Martins & Tronchin (2017, p.90) “a qualidade e a segurança são uma obrigação ética, porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados”.

A OMS (2020) define a qualidade como “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e as populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (OMS, 2020, p.13). A mesma organização afirma que serviços de saúde de qualidade devem ser eficazes, seguros e centrados na pessoa (OMS, 2020). Assim, a segurança é um atributo fundamental e indissociável da qualidade dos cuidados de saúde em geral e nos cuidados de enfermagem em particular.

A situação pandémica atual terá levado os serviços a priorizar o acesso em detrimento da qualidade. Sublinha-se, todavia, que “se esses serviços não tiverem a confiança e não forem utilizados pelas comunidades, não estiverem equipados para tratar dos casos com segurança e eficácia, não conferirem uma proteção adequada aos seus profissionais e não conseguirem manter os cuidados de rotina durante os picos de procura, então os recursos serão usados de forma ineficiente, o que colocara em risco a resposta às emergências” (OMS, 2020, p.24).

A qualidade na saúde constitui um dos 4 eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020. A melhoria contínua da qualidade é um imperativo moral para a obtenção de cuidados efetivos e seguros e uma resposta pragmática respondendo à necessidade de sustentabilidade do Sistema de Saúde (DGS, 2015). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, aprovada pelo Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio, tem como principal missão potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde. Neste diploma a qualidade em saúde é definida como “a prestação de

cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio, p.13551). Com a missão de eliminar as fontes de risco evitáveis e os danos nos pacientes e profissionais de saúde, o Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030 aponta 7 princípios orientadores: envolvimento dos pacientes e familiares enquanto parceiros para os cuidados seguros; alcance de resultados através da colaboração mútua; análise e partilha de dados que gerem aprendizagens; transformar a evidência em ações de melhoria; adequar as intervenções à natureza dos cuidados; recurso à evidência e à experiência do paciente na melhoria da segurança; incutir a cultura de segurança desde a conceção à prestação dos cuidados de saúde (*World Health Organization*, 2021).

Ao indicarem um esquema com três componentes essenciais: o provedor, o serviço ou produto oferecido e o recetor do serviço ou produto, Gama & Saturno (2013) referem que, na garantia da qualidade, o provedor deve adequar as características dos serviços às necessidades e expectativas dos utentes.

A qualidade dos cuidados de enfermagem remete para um conceito vago, com diversas definições associadas a distintas realidades e a diferentes perspetivas. Por exemplo, podemos considerar as perspetivas dos gestores, dos profissionais e dos destinatários dos cuidados e seus familiares (Nakrem, Vinsnes & Seim, 2011). Num estudo de identificação de aspetos comuns para melhor definir a qualidade dos cuidados de enfermagem, Grimley (2017) questiona como poderão as lideranças garantir, consistentemente, a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Interroga também se as organizações estabelecem políticas, orientações e métricas para assegurar os padrões de qualidade e avaliar os resultados. Na realidade das ERPI portuguesas, desconhece-se a existência dessas medidas, que poderiam facultar aos enfermeiros gestores e à enfermagem em geral uma visão para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Por força das complexas necessidades dos residentes e das suas múltiplas vulnerabilidades, as ERPI também necessitam de apoio através da definição de políticas promotoras da qualidade dos cuidados (Cho, Kim, Chang, Kim & Kim, 2020).

Segundo Lucas & Nunes (2020), a qualidade dos cuidados de enfermagem pode ser entendida como uma dimensão fundamental da profissão, referindo-se, entre outros aspetos, à relação direta entre o utente e o enfermeiro. Os mesmos autores afirmam que a existência de ambientes da prática de enfermagem (APE) favoráveis conduz a cuidados de enfermagem de excelência e são sinónimo de satisfação profissional, baixos níveis de *burnout* e *turnover* e eficácia organizacional. A Portaria 67/2012 de 21 de março, que define as condições de

organização, funcionamento e instalação das ERPI, estabelece no seu n.º 12 os níveis de pessoal exigidos nas estruturas. Além de apresentar algumas ambiguidades, a norma prevê níveis de recursos humanos manifestamente insuficientes se tivermos em consideração as características e as necessidades dos residentes.

Potra (2015) indica algumas justificações para a atual exigência de qualidade perante os serviços de saúde e os seus profissionais, tais como a maior consciencialização dos direitos dos clientes, as prementes necessidades de sustentabilidade e competitividade das organizações e a valorização e satisfação dos profissionais e dos clientes. Atualmente, às ERPI são exigidos serviços e cuidados de elevada qualidade ao mesmo tempo que se enfrentam dificuldades na disponibilidade de recursos, designadamente de profissionais de enfermagem (Li et al., 2021). Os mesmos autores sublinham que a qualidade dos cuidados nas estruturas para idosos transformou-se numa prioridade internacional. O enfermeiro gestor tem uma intervenção fundamental na promoção de um APE favorável, sabendo do impacto que essa dinâmica tem no desenvolvimento dos profissionais e das organizações e, por conseguinte, na obtenção de melhores resultados e de cuidados de qualidade (Lucas & Nunes, 2020).

A ENQS 2015-2020, define a qualidade em saúde como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho nº 5613/2015, p.13551). Sabendo-se que a satisfação dos utentes constitui um importante indicador na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, o papel dos enfermeiros revela-se fundamental na satisfação dos utentes perante os cuidados de saúde (Bernardo & Lucas, 2020). Pela sua indelével influência nos cuidados de saúde, os enfermeiros revelam um contributo incontornável na qualidade nos mesmos. O défice de enfermeiros nos serviços, conduz a elevados níveis de *burnout* e insatisfação, comprometendo a segurança dos pacientes e afetando a qualidade dos cuidados (Chen, Ramalhal & Lucas, 2019). Também Hughes (2018) considera que os enfermeiros desempenham um papel fundamental na garantia da qualidade do atendimento e na segurança dos utentes e das organizações. De facto, ao longo da sua história, os enfermeiros, num rápido e informado reconhecimento da realidade, apontam caminhos para a qualidade e segurança dos cuidados, enquanto objetivo primário da profissão. Esta intervenção contínua revela-se em cada campo de trabalho na definição de protocolos, na salvaguarda de dotações seguras e níveis de educação / formação adequados (Kowalsk & Anthony, 2017). Uma análise de conteúdo a 1.086 artigos do *American Journal of Nursing*, datados de 1900 a 2015, explorou o papel histórico e contemporâneo do enfermeiro na promoção da segurança do paciente,

concluindo que, à medida que a complexidade dos cuidados aumentava, a importância atribuída à segurança do paciente também aumentou (Kowalski & Anthony, 2017).

Depois de enfatizar a importância da criação da cultura de segurança nos cuidados, Yoder-Wise (2019), além de referir que é fundamental verificar as práticas e as condições que promovem os erros, defende que é necessário partilhar conhecimentos de forma a melhor direcionar os cuidados. Na enfermagem a qualidade “exige reflexão sobre a prática, de modo a definir objetivos do serviço que se vai prestar, e delinear as estratégias possíveis para que esses objetivos sejam atingidos” (Fradique & Mendes, 2013, p.47). Além disso, parece importante o desenvolvimento de formas de avaliação da qualidade dos cuidados, para lá dos resultados clínicos. A visão e o conhecimento dos enfermeiros sobre aspetos da qualidade dos cuidados não são necessariamente registados nos processos dos pacientes (Li et al., 2021). Segundo Backes & Büscher (2016) é importante, não só integrar os problemas da prática com as discussões académicas, como comparar as teorias científicas com a prática. Deste modo, um esforço de integração com a realidade organizacional revela-se fundamental para uma melhoria da qualidade dos cuidados.

A OE (2012, p.10) defende que “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”. Nesta relação “o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (OE, 2012, p.12)”.

A portaria n.º 67/2012 de 21 de março, que define as condições de organização, funcionamento e instalação das ERPI em Portugal, inclui nos princípios de atuação destas estruturas dimensões como a qualidade, a humanização e respeito pela individualidade, a avaliação integral das necessidades do residente e a promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia. Sabemos dos níveis de exigência no cumprimento destas dimensões, designadamente em organizações com défices estruturais e perante um conjunto de utentes com elevada complexidade dos estados de saúde e funcional.

Segundo Clemens, Wodchis, McGilton, McGrail & McMahon (2021), verifica-se que a qualidade dos cuidados nas ERPI está associada, não só aos níveis de pessoal, mas também à diferenciação dos diferentes profissionais. A garantia de maior disponibilidade de profissionais em combinação com uma criteriosa escolha do seu perfil conduz a resultados significativos na qualidade dos cuidados. No seu estudo, Clemens et al., (2021), verificam também que os enfermeiros estão associados à melhoria de diversos indicadores de qualidade, designadamente à diminuição de úlceras de pressão, de hospitalizações e de infeções do trato urinário.

Resende et al., (2021) defendem que, a qualidade dos serviços prestados nas ERPI reveste-se de um caráter organizacional e multiprofissional. Também a OE afirma que “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (2002, p.39). Sublinha-se, assim, que a qualidade dos cuidados, pela sua natureza organizacional e por depender da integração e conjugações de diferentes profissionais e setores, só é alcançável em rede (Backes & Büscher, 2016). Nesta perspetiva, cabe às instituições “adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade (OE, 2012, p.6)”. Dessa forma “as organizações de saúde devem promover um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros com vista ao empenhamento destes em prol da qualidade dos cuidados prestados aos utentes” (Fradique, 2012, p. iv).

O Conselho de Enfermagem da OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem com seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Estes enunciados descritivos assumem uma dupla função: além de constituírem uma referência comum e uma orientação para uma prática profissional de excelência para os enfermeiros, garantem aos clientes a qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2012). Também para Potra, estes enunciados “traduzem que a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros pode existir em vários graus e que a procura da excelência deste exercício pode ser atingida de forma progressiva e contínua” (2015, p.57). A mesma autora, além de indicar a influência das condições sob as quais se prestam os cuidados de enfermagem, defende que “a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros revela-se nas múltiplas intervenções que estes executam quotidianamente para e com os utentes, seus familiares, populações e comunidades em prol dos seus projetos de saúde” (Potra, 2015, p.59).

Pode afirmar-se que a enfermagem está na vanguarda na defesa da qualidade e da segurança dos cuidados, tanto na evidência produzida como na assunção desse papel na linha da frente. No entanto, tais esforços nem sempre têm sido acompanhados por medidas concretas (Kowalski & Anthony, 2017), com a abrangência desejável e com a correspondente monitorização de resultados. Ainda assim, existem atualmente diversas ferramentas e documentos de apoio a medidas consistentes. Por exemplo, o PNSD 2021-2026 pode envolver e auxiliar toda a comunidade de saúde em medidas concretas e integradas tendo em vista o aumento da segurança na prestação de cuidados de saúde.

Numa tomada de posição sobre a segurança do cliente, a OE (2006, p.8) refere “a necessidade de uma cultura positiva sobre a análise do erro e a pedagogia do risco, em que os benefícios com o conhecimento da realidade, tendo em vista a melhoria dos processos, deverão predominar sobre a ideia de punição”. Sublinha também que “os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado” (OE, 2006, p.9). Segundo Lucas, Jesus, Almeida & Araújo (2021, p.1), “a qualidade da assistência de enfermagem é um elemento essencial na profissão; refere-se, entre outros aspetos, à relação direta entre o cliente e o enfermeiro”. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2015) estabelece na alínea c. do artº 102 que o enfermeiro assume o dever de “salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida” (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015, p.8079).

Fornecer cuidados de saúde seguros em ambientes complexos pode ser um enorme desafio. Porém, para a obtenção de cuidados de qualidade, a segurança merece a mais alta prioridade (WHO, 2017). Além disso, os gastos na criação de ambientes mais propícios ao bem-estar das pessoas idosas devem ser entendidos como um investimento e não como um custo (OMS, 2015). O erro humano não é inevitável; nos dias de hoje, exige-se um melhor sistema de saúde às lideranças organizacionais. Essa exigência torna imperativa a compreensão da CS e os seus efeitos nos resultados do paciente (DiCuccio, 2015).

Na atualidade, as organizações, os profissionais em geral, e os enfermeiros em particular, atribuem uma intensa valorização à segurança enquanto condição indispensável à prática de cuidados de qualidade. A segurança dos cuidados integra estrategicamente o eixo transversal da qualidade no Plano Nacional de Saúde (PNS), revisão e extensão a 2020. Também o PNSD 2021-2026 visa consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021).

A Secção Regional Sul da OE (2016, p.2) afirma que “os enfermeiros são pilares das estruturas residenciais de idosos, exercendo funções várias desde a prestação de cuidados de excelência bem como formação das equipas, organização e gestão”. Também Aleixo, Escoval, Fontes & Fonseca (2011) sublinham o papel do enfermeiro na melhoria da qualidade dos cuidados e nos resultados das ERPI. A ação continuada dos enfermeiros nas ERPI resulta numa franca melhoria dos indicadores de qualidade, designadamente na diminuição do recurso às urgências e nos dias de internamento, na redução do número de quedas e de úlceras de pressão, no controlo da dor e no aumento da funcionalidade (Aleixo et al., 2011). Mais recentemente, Tuinman, De Greef, Finnema & Roodbol (2021) sublinham o papel decisivo

da equipa de enfermagem na qualidade dos cuidados. Para Finnbakk, Skovdahl, Wangensteen & Fagerström (2020), em ERPI, a competência clínica dos enfermeiros é determinante para a salvaguarda dos cuidados centrados na pessoa, para a segurança e qualidade dos cuidados. Além disso, o desenvolvimento de outras competências dos colaboradores das ERPI, seja qual for a sua profissão e nível académico, deverá ser uma aposta das estruturas que interpretem a SP como um fator crítico de sucesso (Banaszak-Holl et al., 2017; Park et al., 2015; He et al., 2020; AHRQ, 2019). Nesse contexto, é fundamental a definição clara do papel dos diferentes elementos da equipa. Ao contrário dos hospitais, a esmagadora maioria dos cuidados são assegurados por auxiliares, que garantem o acompanhamento diário dos residentes por longos períodos de tempo (Simmons et al., 2016). Nestas circunstâncias, a educação contínua dos diferentes profissionais ligados à prestação direta de cuidados assume especial relevo nos processos de melhoria da qualidade (Finnbakk et al., 2020).

Os administradores, com um papel fundamental nos processos de melhoria da qualidade e com avaliações habitualmente muito favoráveis quanto à CSP, deverão aproximar-se dos cuidados diretos de modo a identificar as lacunas que afetam a segurança dos clientes (Banaszak-Holl et al., 2017; Santos, 2015), não esquecendo que qualquer intervenção para melhoria da segurança que ignore as características dos colaboradores e o modo como os cuidados diretos e diários são prestados estará condenada ao fracasso (Simmons et al., 2016).

Sabendo-se que, também nas ERPI, o trabalho dos assistentes operacionais deve ser supervisionado pelos enfermeiros, parece fundamental que, à luz da evidência e com base nas atuais necessidades dos utentes, se desenvolva estudos e fóruns sobre as dotações seguras dos enfermeiros nestas estruturas, com vista à promoção da qualidade dos cuidados e da segurança dos utentes. No âmbito do desenvolvimento de uma revisão sistemática, Tuinman et al., (2021) concluíram que um maior número de enfermeiros está relacionado com um impacto positivo nos resultados sensíveis à enfermagem nas organizações de longo prazo. Dos 33 estudos envolvidos, 13 revelaram uma associação significativa com a equipa de enfermagem, designadamente em aspetos relevantes tais como: atividades da vida diária, comportamento agressivo, incontinência urinária/intestinal, contraturas, habilidades de linguagem expressiva, quedas, infeção, amplitude de movimento, dor, úlceras de pressão e perda de peso (Tuinman et al., 2021). O PNSD é omissivo no que se refere a dotações seguras. Porém, sublinha-se que o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem estatui que “a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde” (Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, p.128). Neste contexto “o grande pilar dessa CS é, certamente, o conjunto de colaboradores

que, num ambiente de grande exigência física e emocional, precisa de motivação, sustentabilidade e formação adequada” (Resende et al., 2021, p.672).

Num estudo da percepção dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem em ERPI, Cho et al. (2020) identificam algumas condições para a melhoria da qualidade dos cuidados, designadamente o cuidado centrado no residente e na família, o aumento do número de enfermeiros na prestação de cuidados, o incremento dos níveis de formação e o desenvolvimento de estratégias de colaboração com outros profissionais e familiares. Por sua vez, Li et al., (2021), num estudo com o objetivo de analisar a qualidade dos cuidados, na perspetiva dos enfermeiros e a sua relação com a equipe e o clima organizacional em lares de idosos chineses, indicam alguns fatores que influenciam diretamente a qualidade dos cuidados, tais como a experiência de trabalho, a proporção de profissionais por residente, o stress no trabalho, o relacionamento e a comunicação, o trabalho de equipa e a liderança.

Segundo Wei, Sewell, Woody & Rose (2018), os enfermeiros incorporam a base para a segurança e qualidade dos cuidados. Num estudo com a participação de 3.451 enfermeiros portugueses para analisar a sua percepção relativamente à concretização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, verificou-se que “as atividades mais frequentemente concretizadas pelos enfermeiros, se reportam às dimensões Responsabilidade e rigor e Prevenção de complicações, o que mais uma vez, comprova a relevância dos modelos orientadores da ação centrados na prevenção de complicações” (Ribeiro et al., 2017, p.99). Para Peršolja (2021), a qualidade dos cuidados de enfermagem emerge do grau de excelência que os profissionais revelam nas suas competências técnicas, de comunicação e trabalho em equipa. Também Gede, Yupin & Joko (2021), ao indicar como atributos definidores as dimensões do cuidar, da relação enfermeiro-paciente e das necessidades do paciente, associam o conceito de qualidade dos cuidados de enfermagem ao grau de excelência dos cuidados prestados por enfermeiros de acordo com as necessidades dos pacientes.

Quando falamos de qualidade dos cuidados, não podemos deixar de considerar a perspetiva dos seus destinatários (Nakrem et al., 2011). Segundo Mendes & Barroso (2014), a reduzida CS dos serviços de saúde tem comprometido a qualidade de resposta do sistema de saúde português, na perspetiva dos cidadãos, estando mesmo longe de um nível razoável de satisfação. Ao estudar a percepção dos destinatários dos cuidados em estruturas para idosos, Nakrem et al., (2011) consideram que para se alcançar a qualidade dos cuidados de enfermagem será necessária uma abordagem individual e personalizada em todas as dimensões dos cuidados. Sublinham também que a relação entre o cliente e o enfermeiro, além de exigir um compromisso recíproco e duradouro, implica a existência de competência do enfermeiro na identificação das necessidades do cliente.

No que se refere à avaliação da qualidade, importa também considerar a influência da estrutura e do processo nos resultados (Donabedian, 2003). Com efeito, os estudos sobre a qualidade dos cuidados devem incluir variáveis relacionadas com a estrutura e com o processo (Tuinman et al., 2021). Por sua vez, Aleixo et al., (2011) recomendam a monitorização dos ganhos em saúde com a apresentação de 14 indicadores de qualidade de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem nas ERPI, sublinhando, contudo, que a utilização desses indicadores não deve ser vista como um fim, mas sim como um meio para a melhoria dos cuidados.

Para Lucas et al., (2021), o APE, enquanto característica organizacional, está intimamente ligado, não só ao sucesso dos sistemas de saúde, mas também à qualidade dos cuidados de enfermagem e à SP. De facto, APE favoráveis influenciam significativamente a qualidade e a segurança (Lucas et al., 2021) e “garantem maior nível de saúde, segurança e bem-estar dos profissionais, com dotações de enfermeiros adequadas às necessidades dos clientes e à carga de trabalho inerente” (Lucas & Nunes, 2020, p.6). Ambientes de trabalho saudáveis revelam-se fundamentais para a satisfação e retenção dos enfermeiros, para a segurança do cliente e para a qualidade dos cuidados (Wei et al., 2018).

Ao realizarem uma revisão *scoping* com o objetivo de examinar a evidência científica acerca do APE nos cuidados de saúde primários, Lucas & Nunes (2020) concluem que o APE constitui o fator mais influente nos resultados de enfermagem e no modo como os enfermeiros percecionam a qualidade dos cuidados e da segurança do cliente. Os mesmos autores sublinham que o desenvolvimento de APE favoráveis favorece a segurança dos clientes e a saúde dos profissionais, além de diminuir o *burnout* e o *turnover*. Também Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus & Araújo (2020) revelam que, à luz da evidência, o APE tem impactos significativos na qualidade e segurança dos cuidados, no bem-estar dos profissionais e no funcionamento das organizações. Em suma, APE favoráveis promovem a excelência dos cuidados de enfermagem e melhoram a eficácia das organizações (Lucas & Nunes, 2020).

Os enfermeiros gestores devem desenvolver intervenções de melhoria, tanto nos recursos humanos como nos procedimentos, de modo a incrementar a qualidade dos cuidados e a SP (He et al., 2020; Park et al., 2015, Abusalem et al., 2019; Santos 2015). Resende et al., (2021) realçam a importância de um novo paradigma de segurança do residente em ERPI e enfatizam o papel que os enfermeiros em geral e os enfermeiros gestores em particular assumem nesse novo paradigma. Enquanto elementos preponderantes na promoção de APE favoráveis, os enfermeiros gestores precisam “conhecer os aspetos positivos e negativos da qualidade dos seus serviços (...) e devem adotar medidas que despertem a cooperação e a partilha de informação, podendo lançar medidas coletivas catalisadoras destes fatores” (Bernardo & Lucas, 2020, p.830). No domínio das suas competências acrescidas, o enfermeiro

gestor encontra nas ERPI um campo de intervenção privilegiado onde poderá colocar simultaneamente em prática as competências dos domínios da gestão e de assessoria.

Num mercado cada vez mais competitivo, é fundamental que os gestores das ERPI assumam a SP como um desafio comum e uma condição indispensável à qualidade dos cuidados e dos serviços prestados. Sabendo que os enfermeiros gestores “desempenham um papel fundamental na criação de um APE favorável, positivo e na promoção de uma prestação de cuidados de qualidade” (Lucas & Nunes, 2020, p.2), importa aprofundar conhecimentos baseados na evidência e na realidade interna da organização de forma a poder promover o desenvolvimento de uma verdadeira estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados e da SP.

3. GESTÃO EM ENFERMAGEM

Pelo seu posicionamento no seio da equipa de prestação de cuidados e pela sua integração e influência na estrutura organizacional, o enfermeiro gestor assume um papel determinante em todos os processos de melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança dos pacientes. Recordando o esquema de três componentes de Gama & Saturno (2013), o papel de provedor é geralmente assumido pelo enfermeiro gestor. Para Fradique & Mendes (2013, p.45), “em contextos de melhoria da qualidade, é geralmente reconhecida a importância do fator liderança, que nos modelos de excelência assume inclusivamente um papel de destaque”. De facto, os enfermeiros gestores desempenham um papel central na organização dos cuidados de saúde em contextos desafiadores, complexos, e problemáticos, num ambiente de constante mudança (Adriaenssens, Hamelink & Bogaert, 2017).

Sinteticamente, pode entender-se como gestor um “membro da organização que tem como tarefa integrar e coordenar o trabalho dos outros” (Santos, 2008, p. 48). Podemos também ver a gestão como a arte de gerir as pessoas e os restantes recursos de modo a alcançar determinados objetivos (Huber, 2006), ou como “o processo de mobilizar e manipular os recursos de forma a liderar e dirigir uma organização ou parte dela (Marquis & Huston, 2012). Numa abordagem mais racional, Carvalho, Bernardo, Sousa & Negas (2015, p.39) entendem a gestão como “o processo de administração e coordenação de recursos de forma eficaz e eficiente de modo a atingir os objetivos da organização”, tendo como principais funções: planeamento, organização, direção e controlo. Devemos interpretar estes conceitos no seio de estruturas organizacionais que, para Santos (2008), constituem “um conjunto de relações de autoridade, coordenação e de comunicação que integram a atividade dos elementos do grupo humano entre si e com o exterior” (p.48).

O Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (RCAAG) (2018) prevê que o enfermeiro gestor “é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde” (p.3478). Já o Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (2015) refere que o enfermeiro gestor “detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da

profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem (...) 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” (p. 5949).

O papel do enfermeiro gestor é indissociável do nível organizacional, uma vez que “tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de

forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros” (RCAAG, 2018, p.3478).

Para Sammer, Lykens, Singh, Mains & Lackan (2010), os líderes devem reconhecer que os ambientes de saúde implicam riscos elevados e, desse modo, conciliam a visão e a missão, as competências dos elementos da sua equipa e os restantes recursos, desde a direção até à linha da frente. Kérouac (1994) define a gestão dos cuidados como um processo mobilizador de recursos humanos e do ambiente, apoiando e favorecendo o cuidado à pessoa. Inspirada no Modelo da Dupla Dimensão do Enfermeiro Gestor, Potra (2015, p.7) afirma que “os enfermeiros com funções de gestão se orientam por uma dupla perspetiva teórica, a da enfermagem e a da gestão”.

Para Yoder-Wise (2019), a segurança e a qualidade são indissociáveis dos domínios da liderança e da gestão. Os enfermeiros líderes constituem-se como interlocutores privilegiados na comunicação com a sua equipa, facilitando os processos de melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança dos clientes (Carvalho & Lucas, 2020). Os enfermeiros gestores têm uma palavra importante no alcance da cultura de segurança em qualquer organização de saúde e, em particular, nas ERPI. A abordagem das questões de SP é crítica para sucesso geral da organização (Yoder-Wise, 2019). Os enfermeiros são os agentes da qualidade dos cuidados prestados e essa qualidade é significativamente influenciada pela forma como o enfermeiro gestor gere o serviço nas suas diferentes dimensões (Fradique & Mendes, 2013). Os mesmos autores indicam que “a liderança em enfermagem está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados” (Fradique & Mendes, 2013, p.45). Também Correia, Martins & Forte (2020, p.508) revelam que a evidência indica uma “relação positiva entre o desempenho dos enfermeiros gestores e melhores resultados para o cliente como a satisfação, diminuição de eventos adversos e complicações para o cliente”.

O enfermeiro gestor enquanto “responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem” (RCAAG, 2018, p.3478), deve encarar a segurança como um princípio fundamental na prestação de cuidados e, como tal, deverá valorizá-la como uma componente crítica na gestão da qualidade. No domínio da gestão pela qualidade e segurança, o enfermeiro gestor “desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações” (RCAAG, 2018, p.3479).

É conhecida a influência multiprofissional na SP. A ENQS 2015-2020 indica que é necessário “aumentar a responsabilização pela qualidade de todos os patamares do sistema e aumentar o envolvimento dos profissionais e das lideranças” (p. 13552). O desenvolvimento de uma CS positiva e abrangente exige liderança e o desenvolvimento de uma cultura

adequada promove um ambiente para o incremento da segurança (Slawomirski & Auraaen, 2017).

Chen et al., (2019) realçam as vantagens de um APE positivo e sublinham que “os enfermeiros gestores são o garante da qualidade dos cuidados que são prestados nos seus serviços” (p.38). Além de defenderem que a liderança se orienta para a consecução dos objetivos da organização, Fradique & Mendes (2013), destacam que o “papel do líder é fundamental na criação de um ambiente de confiança, pois será ele que o impele através de estímulos e do desenvolvimento de competências dos colaboradores, resultando melhor desempenho e maior colaboração” (p. 47). Porém, não devemos esquecer que ambientes que promovam a excelência dos cuidados de enfermagem só serão possíveis através do envolvimento, da colaboração e da partilha entre todos os interlocutores das organizações (McSherry, Pearce, Grimwood & McSherry, 2012).

Para que os estudos sobre a CSP sejam eficazes, os mesmos “devem estar vinculados a estratégias elaboradas para desenvolver a cultura de segurança” (Reis et al., 2018, p. 1). A intervenção dos enfermeiros gestores revela-se assim “determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional” (RCAAG, 2018, p.3478).

Reforça-se que a segurança e a qualidade articulam-se como dimensões intimamente relacionadas com a liderança e a gestão (Yoder-Wise, 2019). A mesma autora, além de referir que existe maior risco de resultados negativos, turnover, burnout e uso de medicação nos profissionais envolvidos em eventos adversos, defende que todos os enfermeiros devem focar-se na segurança do paciente, inclusivamente os enfermeiros gestores. Defende mesmo que a abordagem das questões de segurança do paciente é crítica para sucesso geral da organização (Yoder-Wise, 2019). De facto, é pela via da qualidade e da segurança que se obtêm os melhores resultados nos cuidados, na garantia do bem-estar e da satisfação dos utentes e na manutenção de estruturas organizadas e com custos controlados (Diz & Lucas, 2020).

O ambiente organizacional das ERPI, muito distinto do ambiente hospitalar, mas igualmente complexo, oferece a oportunidade de maior autonomia na adoção de projetos de melhoria da qualidade dos cuidados, com verdadeiros resultados para os pacientes, para a organização e para os próprios enfermeiros. Conhecida a complexidade das estruturas e dos processos, não só ao nível das ERPI, mas também em todo o contexto da prática dos cuidados de saúde, importa salientar que os processos de mudança não são isentos de resistências. Entre outros fatores, Scott, Mannion, Davies & Marshall (2003) indicam a falta de liderança adequada como um fator-chave para os falhanços nas tentativas de mudança na cultura organizacional. Sugerem também que, através da utilização simultânea dos estilos de liderança transacional e transformacional e da adoção do modelo dos cuidados centrados no

paciente, se alcançará a desejada mudança cultural. Para Backes & Büscher (2016), profissionais empenhados na qualidade dos cuidados, além dos ganhos pessoais, contribuem para as necessidades humanas, económicas e sociais. Por sua vez, o cliente, independentemente da sua condição, sempre procura os melhores cuidados. Pode-se assumir que a oferta de cuidados de referência e excelência, torna as instituições mais competitivas e sustentáveis e que, além disso, “o investimento na segurança do paciente pode levar a economias financeiras significativas (OMS, 2019, p.6)”.

Estratégias de mudanças na cultura não deverão esquecer dimensões importantes da organização tais como a estrutura, o processo e o contexto (Scott et al., 2003). Na criação de condições promotoras da segurança e da qualidade dos cuidados ao paciente, o enfermeiro gestor poderá considerar duas bases conceptuais muito abrangentes e adequadas: O Modelo de Resultados de Saúde de Qualidade de Mitchell, Ferketich & Jennings (1998) e o estudo Taxonomia dos Modelos de Organização de Cuidados de Enfermagem em Hospitais realizado por Dubois et al., (2012).

Mitchell et al., (1998), partindo do modelo de Donabedian (1966), apresentam uma proposta de reciprocidade e uma maior dinâmica entre os vários componentes dos sistemas de cuidados: a estrutura, o processo e os resultados. Assim, os resultados alcançados não dependem apenas das intervenções; são influenciados pelos clientes e suas características, pelas intervenções e por processos estruturais da organização. Nessa perspetiva, os enfermeiros gestores deverão considerar, não só a complexidade e vulnerabilidade dos residentes, mas também a dimensão estrutural da sua organização.

Num estudo sobre os modelos de organização dos cuidados de enfermagem, Dubois et al., (2012) afirmam que falta uma teoria unificadora com uma estrutura conceptual que integre as diferentes dinâmicas da organização. Numa nítida valorização do APE, os mesmos autores sublinham que um quadro abrangente e realista requer atenção às características dos enfermeiros e dos pacientes, ao contexto dos cuidados e à natureza dos serviços prestados (Dubois et al., 2012). Defendem também que os modelos de organização da prática de enfermagem revelam três dimensões essenciais do contexto organizacional que interagem entre si: a equipa de enfermagem, o âmbito da prática e o ambiente de trabalho. Desta interação favorável resulta, por um lado, qualidade e segurança nos cuidados ao paciente e, por outro, saúde e satisfação dos enfermeiros (Dubois et al., 2012).

Parece consensual que a qualidade dos cuidados assume um carácter determinante e diferenciador, tanto no presente como no futuro. Realçando o papel do enfermeiro gestor na salvaguarda da qualidade dos cuidados, Fradique & Mendes (2013) salientam que “os líderes são os principais responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando

e monitorizando a gestão do serviço” (p.48). Os enfermeiros gestores desempenham um papel vital na criação de um ambiente favorável, representam um papel fundamental no aumento da qualidade e da segurança dos cuidados e promove a mudança com vista à excelência (Lucas et al., 2021). Torna-se evidente “a relação que os enfermeiros estabelecem com o APE e a influência que o enfermeiro gestor pode deter sobre os mesmos, dando origem aos mais variados *outcomes*” (Anunciada & Lucas, 2021, p.151).

Reconhecendo-se que “a liderança é a base para aumentar a qualidade dos cuidados e diminuir os custos em saúde” (Diz & Lucas, 2020, p.910), a partir da sua posição de interlocutor privilegiado entre a estrutura, a equipa de prestadores de cuidados e os utentes, o enfermeiro gestor, através de intervenções promotoras de APE favoráveis e do desenvolvimento de CSP, pode desempenhar um papel fundamental nos processos de melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança dos utentes.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Polit & Beck (2019, p.92) encaram o problema de pesquisa como uma condição enigmática ou incômoda e referem que o objetivo da investigação está associado à solução problema ou ao contributo para a solução do mesmo. As mesmas autoras referem que o problema de investigação é a situação que inquieta o pesquisador e que o leva a desenvolver um estudo sistemático (Polit & Beck, 2019).

Vilelas (2017, p.42) afirma que, num primeiro momento, “o investigador ordena e sistematiza as suas inquietações, formula as suas perguntas e elabora organizadamente os conhecimentos que constituem o seu ponto de partida”. Refere também que “na ausência de um determinado problema, não há uma verdadeira procura de conhecimento, não há criação, mesmo que ocorram valiosas contribuições pedagógicas ou práticas” (Vilelas, 2017, p.45).

A CS tem vindo a ser estudada nas suas diferentes vertentes a nível internacional, abrangendo também as ERPI. Em Portugal, nas últimas décadas, foram realizados estudos sobre a CS dos cuidados na perspetiva dos cuidadores, tanto nos hospitais como nas unidades de cuidados continuados. Todavia, as ERPI, instituições cujos utentes necessitam de muitos cuidados de saúde, não têm sido abrangidas nesses estudos (Resende et al., 2021).

O envelhecimento da população das últimas décadas tem vindo a influenciar a forma como os cuidados são organizados. Contudo, a amplitude das oportunidades que surgem do aumento da longevidade dependerá muito de um fator fundamental: a saúde (OMS, 2015).

Até 2050, em cinco países da OCDE, entre os quais Portugal, a população com mais de 65 anos ultrapassará um terço da população em geral (*Organisation for Economic Co-operation and Development*, 2019). Diversos fatores de ordem social associados aos múltiplos constrangimentos inerentes à idade avançada levam à procura crescente das ERPI. Nestas estruturas, estabelecimentos para alojamento coletivo no qual são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados mais ou menos diferenciadas, residem pessoas idosas que, pela sua condição física e/ou cognitiva, carecem de cuidados de saúde prestados por múltiplos profissionais.

A problemática apresentada, pela sua indelével influência na organização, nos resultados e na equipa, revela-se de grande importância para os enfermeiros gestores. Desenvolver conhecimentos sobre a CSP nas ERPI permitirá aos enfermeiros gestores liderar intervenções de melhoria contínua da segurança e da qualidade dos cuidados, favorecendo o APE e acrescentando valor à profissão e à organização.

2. METODOLOGIA

Polit & Beck (2019 p.91) referem que “os estudos iniciam de modo bem semelhante ao de um projeto de prática baseada em evidências (PBE) – como problemas que precisam ser resolvidos ou perguntas que precisam ser respondidas”.

Este estudo, subordinado ao tema **A Cultura de Segurança do Paciente em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas**, foi desenvolvido junto de 3 (três) ERPI do distrito de Lisboa, destinadas a residentes com idade superior a 65 anos. No respetivo processo de pesquisa, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Casa de saúde; Segurança do doente; Cuidadores; Gestão; Enfermagem.

2.1. Questão de Investigação e Objetivos do Estudo

Considerando os aspetos referidos e conhecida a relevância da CS na melhoria da qualidade dos cuidados, a pergunta de investigação orientadora do estudo foi “Qual a cultura de segurança do paciente nas estruturas residenciais para pessoas idosas percecionada pelos cuidadores?”.

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a CSP nas ERPI percecionada pelos cuidadores. Por sua vez, definiram-se como objetivos específicos:

- Identificar as dimensões que influenciam a CS nas ERPI;
- Descrever as perceções sobre a CSP entre diferentes grupos profissionais;
- Identificar pontos fortes e áreas a melhorar da CS com vista a intervenções significativas para a melhoria da qualidade dos cuidados.

2.2. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal.

Para Polit & Beck (2019, p.9) os estudos quantitativos “reúnem evidências empíricas – dados que têm suas raízes na realidade objetiva e são agrupados direta ou indiretamente por meio dos sentidos e não de crenças ou palpites pessoais”.

Trata-se de um estudo descritivo e transversal porque permite proporcionar informação sobre a população em estudo com recurso a um grupo representativo, através da recolha de dados num único momento ou período (Grove, Sutherland & Gray, 2017).

2.3. População-alvo e Amostra

Com vista à realização do presente estudo, em dezembro de 2020, foram remetidos por correio eletrónico os respetivos pedidos de aplicação de questionário às administrações de 3 (três) ERPI, das quais, apenas uma respondeu afirmativamente (Anexo II). Uma das ERPI respondeu que, atendendo à situação pandémica, aquela não era a melhor altura para a realização do estudo e a outra ERPI não respondeu.

Nessa sequência, numa segunda fase, já no decorrer de 2021, o pedido de aplicação do questionário foi remetido, pela mesma via, a outras 3 (três) ERPI, tendo recebido autorização de duas estruturas (Anexo II).

Procedeu-se à entrega dos questionários nas três ERPI no início de maio de 2021, ficando disponíveis na instituição durante um mês. Após duas semanas da entrega, procedeu-se ao contacto com os diretores técnicos das ERPI no sentido de verificar se o processo de preenchimento dos documentos estava a correr bem. No início do mês de junho, os questionários foram recolhidos.

O número de questionários entregue nas 3 ERPI teve em consideração a respetiva população-alvo, constituída por todos os colaboradores que exerciam funções com intervenção direta junto dos residentes das três estruturas residenciais escolhidas. No grupo de participantes aplicou-se, como único critério de exclusão, o exercício de funções há menos de 1 mês. Desta forma, a população-alvo identificada compreendia 108 profissionais, como se indica na tabela 2.

Tabela 1 – População-alvo

Instituição	Número de colaboradores
ERPI 1	45
ERPI 2	30
ERPI 3	28
Total	108

Entende-se por amostra o “conjunto de unidades, numa porção do total, que nos represente a conduta da população no seu conjunto (...) uma parte do todo a que chamamos população e que a representa” (Vilelas, 2017, p. 143). Os dados recolhidos, resultam das respostas obtidas através da aplicação do questionário a 79 profissionais.

2.4. Procedimentos de Análise e Tratamento de Dados

Uma vez aplicados os questionários, os respectivos dados foram tratados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), programa informático para apoio à análise estatística. O SPSS serviu de suporte ao presente estudo, sendo utilizada a versão IBM SPSS Statistics 22.0, que permitiu efetuar as respetivas correlações entre as diferentes variáveis.

3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para Coutinho (2015), o recurso ao questionário permite “inquirir um grande número de pessoas no sentido de caraterizar os traços identificadores de grandes grupos de sujeitos” (p.139).

O questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture* (NHSPSC) é um instrumento de utilização livre de origem Americana, concebido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), em 2008, para conhecer a opinião das equipas sobre a CS nas *nursing home* americanas ERPI americanas. Inácio (2014), procedeu à aplicação do NHSPSC no âmbito da sua dissertação de mestrado para avaliar qual a CS das UCCI em Portugal. Por sua vez, Santos (2015), também no âmbito da sua dissertação de mestrado, recorreu igualmente ao NHSPSC para avaliar a CSP, percecionada pelos enfermeiros das UCCI. Não se conhecendo outros estudos de avaliação da CSP em ERPI portuguesas, apesar de os estudos de Inácio (2014) e Santos (2015) visarem um contexto distinto de cuidados, os seus resultados serão tidos em consideração na fase do presente estudo.

O NHSPSC é um questionário de acesso livre, composto por 42 itens que avaliam a CSP através de 12 dimensões consideradas relevantes (Quadro 1).

Quadro 1 – 12 dimensões e itens de pesquisa do NHSPSC (AHRQ, 2008)

DIMENSÃO	ITENS DA PESQUISA
Trabalho em equipa	A1 – Nesta Unidade os profissionais relacionam-se com respeito. A2 – Nesta Unidade os profissionais apoiam-se mutuamente. A5 – Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa. A9 – Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros.
Pessoal	A3 – Nesta Unidade existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho. A8 – Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho. A16 – As necessidades do cliente são conhecidas nas mudanças de turno. A17 – É difícil manter a segurança do cliente porque muitos profissionais pretendem deixar este emprego.
Conformidade com os procedimentos	A4 – Os profissionais cumprem os protocolos na prestação de cuidados. A6 – Os profissionais recorrem a “atalhos” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente. A14 – Para facilitar o trabalho, os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos.
Formação e capacitação da equipa	A7 – Os profissionais têm a formação que necessitam para trabalhar nesta Unidade. A11 – Os profissionais têm formação suficiente para lidar com os clientes difíceis. A13 – Os profissionais compreendem a formação que lhes é proporcionada na Unidade.
Resposta não punitiva ao erro	A10 – Os profissionais são culpabilizados quando algum cliente sofre um dano. A12 – Os profissionais têm medo de notificar os seus erros. A15 – Os profissionais quando cometem erros, são tratados de forma justa. A18 – Os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros.

Transmissão de informação nas passagens de turno	B1 – Os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar do cliente pela primeira vez. B2 – Os profissionais são informados imediatamente quando há alguma alteração no plano de cuidados do cliente. B3 – Recebemos todas as informações necessárias quando o cliente vem transferido de um hospital. B10 – Aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do cliente.
Feedback e comunicação sobre a existência de incidentes	B4 – Quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um cliente, são desenvolvidas estratégias para a sua resolução. B5 – Nesta Unidade, falamos sobre a forma de evitar que os incidentes se repitam. B6 – Os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao cliente. B8 – Nesta Unidade, discutimos formas de manter o residente livre de danos.
Abertura para a comunicação	B7 – As ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta Unidade. B9 – Nesta Unidade, as opiniões dos profissionais são ignoradas. B11 – Os profissionais têm facilidade em falar sobre os problemas nesta Unidade.
Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente	C1 – O meu superior hierárquico ouve ideias e sugestões sobre a segurança do cliente. C2 – O meu superior hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos. C3 – O meu superior hierárquico presta atenção aos problemas de segurança do cliente nesta Unidade.
Perceção geral da segurança do cliente	D1 – Os clientes são bem cuidados nesta Unidade. D6 – Esta Unidade realiza um bom trabalho para manter a segurança do cliente. D8 – Esta Unidade é um lugar seguro para o cliente.
Apoio da gestão para a segurança do cliente	D2 – Os gestores questionam os profissionais sobre formas de melhorar a segurança do cliente. D7 – Os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do cliente. D9 – Os gestores visitam frequentemente a Unidade para verificarem o modo como o cliente é cuidado.
Aprendizagem organizacional	D3 – Nesta Unidade permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes. D4 – É fácil fazer mudanças nesta Unidade, para melhorar a segurança do cliente. D5 – Esta Unidade está constantemente a tomar medidas para melhorar a segurança do cliente. D10 – Quando esta Unidade implementa alterações para melhorar a segurança do cliente, há a verificação da sua eficácia.

Cada dimensão é constituída por três ou quatro questões, que são respondidas através de uma escala de *Likert*, consoante o seu grau de concordância e frequência. O Questionário inclui também onze questões sociodemográficas, uma questão relativa à avaliação global da segurança do cliente e outra questão para verificar se recomendariam a sua instituição a familiares e amigos.

4. QUESTÕES ÉTICAS E FORMAIS

Vilelas (2017) afirma que “investigar é necessário, mas é preciso ter cuidado para não interferir no direito e na dignidade das pessoas” (p. 424). Por sua vez, Polit & Beck (2019, p.75), sublinham que “as preocupações éticas são especialmente proeminentes na pesquisa em enfermagem porque a linha entre o que constitui a prática esperada e a recolha de dados de pesquisa muitas vezes é obscura”.

Conforme preconizam Grove et al., (2017), no presente estudo é assegurada uma conduta de investigação ética, na garantia dos seguintes princípios:

- Princípio ético da beneficência - tendo em conta que o estudo trará benefícios, não só para os participantes, como também para as organizações e para os residentes das ERPI, na busca de condições para o seu bem-estar;
- Princípio ético da não-maleficência - uma vez que se garante não causar dano ao participante;
- Princípio da fidelidade - pois é assegurado ao participante o respeito pela sua intimidade, anonimato e confidencialidade.

Em 1964, na sua 18ª Assembleia Geral, a World Medical Association (WMA) teve a necessidade de regular os processos de investigação no que se refere às questões éticas. O desenvolvimento de estudos com participação de pessoas pode implicar alguns riscos para os participantes. Esses riscos deverão ser tidos em conta e a investigação só deverá realizar-se caso os benefícios previstos da mesma sejam superiores aos malefícios infligidos aos respetivos participantes (WMA, 2013). Os direitos e garantias dos participantes em estudos de investigação são também salvaguardados pela *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), através da Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos (2006). Nesta Declaração, reconhecida a relevância da liberdade científica e as mais-valias da investigação, é estabelecido que os processos de investigação ocorram conforme os princípios éticos indicados e “respeitem a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais” (UNESCO, 2006, p.5), ressaltando-se que os direitos individuais se priorizam aos interesses da ciência e da própria sociedade.

Este estudo é baseado em dados relacionados com a CSP entre os profissionais das ERPI. Assegurado o respeito da dignidade humana no decorrer do consentimento informado, a participação no estudo é livre, tal como estatui os números 24º a 27º da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. Todos os participantes, conforme o artigo 6º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, receberam informação escrita,

compreensível e adequada sobre os objetivos do estudo e com a garantia de que os dados recolhidos seriam tratados de modo anónimo e confidencial. Ainda assim, cumpre ao titular do estudo toda a responsabilidade relativa à informação recolhida e à proteção da mesma tal como prevê o número 9º da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. Nessa medida, foi entregue a cada um dos participantes informação escrita que veicula os objetivos do estudo e assegura a confidencialidade dos dados e o anonimato dos respondentes, garantindo-se dessa forma o consentimento cabalmente informado.

Realça-se que este estudo não se dirige aos pacientes/clientes, mas sim aos profissionais. Nessa medida, assegurados os direitos e garantias dos participantes, foi solicitada a respetiva autorização formal aos titulares das instituições envolvidas para a aplicação do instrumento de colheita de dados junto dos seus colaboradores, que foi concedida.

5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo desenvolve-se a apresentação, a análise e a discussão dos resultados, em função da análise dos dados decorrentes da aplicação do instrumento de colheita de dados NHSPS. O processamento dos resultados foi suportado pelo *software* de análise estatística SPSS. Com base na literatura consultada, procedemos também à análise e discussão dos resultados.

De acordo com as recomendações da AHRQ (2010), tanto as dimensões como os itens serão analisados com base no conjunto das percentagens de respostas positivas (concordo/concordo fortemente ou maioria das vezes/sempre) e, para as questões invertidas, no conjunto de percentagens de respostas negativas (discordo, discordo fortemente ou nunca/raramente).

Deste modo, todos os resultados com percentagens superiores a 75% serão considerados indicadores de uma forte CS. Por sua vez, resultados com percentagens inferiores a 50% serão considerados como fraquezas ou áreas de potencial melhoria. Já os resultados entre os 50 e os 75%, não sendo considerados problemáticos, serão vistos como oportunidades de melhoria.

Os resultados serão assim apresentados em duas partes: a primeira com uma caracterização sociodemográfica da amostra e a segunda relativa à caracterização das respostas dessa amostra nos itens e nas dimensões indicadas.

5.1 Caracterização Sociodemográfica da População-alvo

Com recurso à análise dos dados, verificou-se que, dos 108 questionários entregues nas três ERPI, foram preenchidos e recebidos 79, correspondendo a uma taxa de 73%, como se pode verificar na Tabela 2. A ERPI 2 obteve a taxa de resposta mais favorável, respondendo ao questionário 83% da população-alvo. Já a ERPI 1 evidenciou a taxa de resposta mais reduzida, com 66%.

Tabela 2 – Taxas de resposta

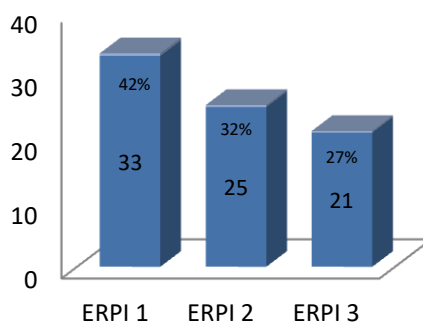
Instituição	Questionários entregues (N)	Questionários Recebidos (N)	Taxa de Resposta
ERPI 1	50	33	66%
ERPI 2	30	25	83%
ERPI 3	28	21	75%
Total	108	79	73%

As taxas de resposta ao questionário deste estudo revelaram-se mais favoráveis que nos estudos de Santos (2015), em Portugal (72%), da AHRQ (2019) nos EUA (55%), e de Desmedt et al., (2018), na Bélgica (48%). Esse facto poderá estar relacionado com a pequena dimensão das três ERPI e com o acompanhamento de proximidade efetuado. No entanto, He et al., (2020) na China, com uma taxa de resposta de 95%, revela a maior participação percentual neste tipo de estudo.

Dos 79 questionários recebidos, não se verificou a necessidade de proceder à exclusão de nenhum, uma vez que todos estavam corretamente preenchidos.

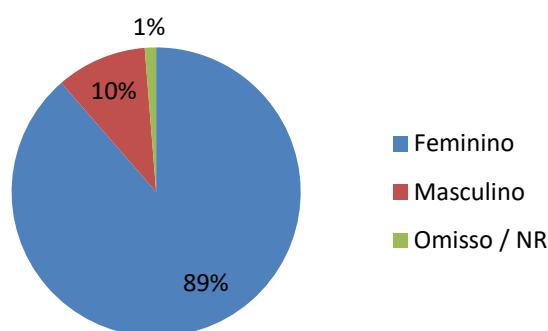
Da totalidade dos respondentes, a ERPI 1 obteve a maior representação com 42% (n=33) do total de participantes. As ERPI 2 e 3 obtiveram 32% (n=25) e 27% (n=21) da população-alvo, respetivamente.

Gráfico 1 - Distribuição total de respondentes por estrutura



Como é habitual nesta área de atividade e como se verifica no gráfico 2, a população-alvo é maioritariamente constituída por profissionais do género feminino, com 89% (n=70), enquanto 10 % (n=8) pertencem ao do género masculino. Um profissional não respondeu a este item. Neste estudo, a percentagem de profissionais do género masculino situa-se entre os resultados encontrados por Inácio (2014) – 6% e Santos (2015) – 17%, nos dois estudos das UCCI. Se compararmos com os estudos desenvolvidos na Noruega, na Bélgica e na China (Bondevik et al., 2017; Desmedt et al., 2018; He et al., 2020), também verificamos que são semelhantes, pois apresentam colaboradores do género masculino abaixo dos 10%.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra por género

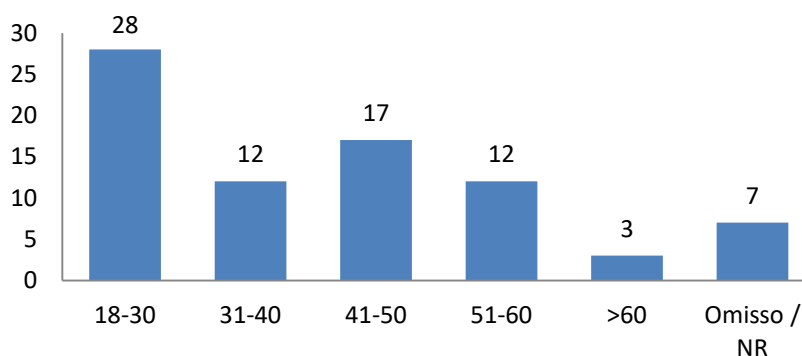


Nas três ERPI estudadas a idade dos profissionais varia entre os 18 e os 71 anos, sendo a sua média de idades de 38,2 anos. Verifica-se também no gráfico 3 que o grupo etário mais representativo tem idade compreendida entre os 18 e os 30 anos (35%, n=28). É também possível verificar que mais de 50% (n=39) dos profissionais tem idade compreendida entre os 18 e os 40 anos. Sete profissionais não responderam.

Ao contrário das estruturas estudadas da China por He et al., (2020) e na Noruega por Bondevik et al., (2017), em que a maioria dos profissionais apresenta mais de 40 anos, o padrão etário das estruturas deste estudo é similar aos valores encontrados na Bélgica por Desmedt et al., (2018).

Apesar dos grupos etários mais baixos serem os mais representados, verifica-se que a média etária é substancialmente superior às médias encontradas nas UCCI por Inácio (2014), com média etária de 33 anos, e Santos (2015), com média etária de 27 anos.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra por grupo etário

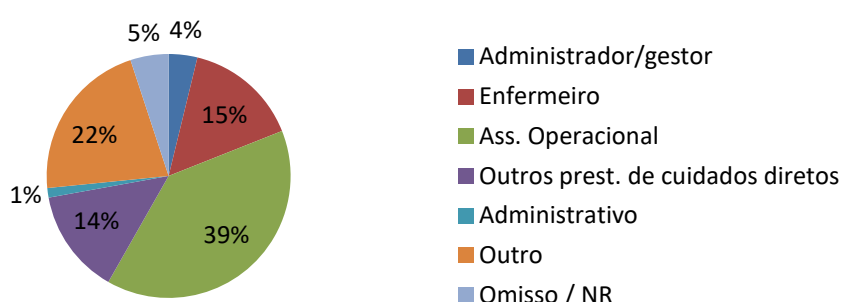


Como se verifica no gráfico 4, relativamente à função desempenhada pelos profissionais nas 3 ERPI, o grupo de Assistentes Operacionais é o mais representativo, com 39% (n=31), seguido pelo grupo dos enfermeiros, com 15% (n=12). Constata-se que as ERPI estudadas apresentam uma menor representatividade do grupo dos enfermeiros relativamente à relatada

por estudos de estruturas americanas (Banaszak-Holl et al., 2017, com 21% e AHRQ, 2019, com 20%), belgas (Desmedt et al., 2018), com 25% e chinesas (He et al., 2020), com 25%. Por sua vez, o grupo profissional de assistente operacional revela valores de incidência superiores aos indicados nesses estudos.

Ao compararmos estes achados com os alcançados por Inácio (2014), sem surpresa, destaca-se a troca do grupo profissional mais representado entre os assistentes operacionais e os enfermeiros, aqui com cerca de 39%.

Gráfico 4 – Distribuição da amostra por função



Na secção F - Informação Geral, os 17 profissionais (22%) que responderam terem outra função, complementaram a informação com os registos que se indicam na tabela 3.

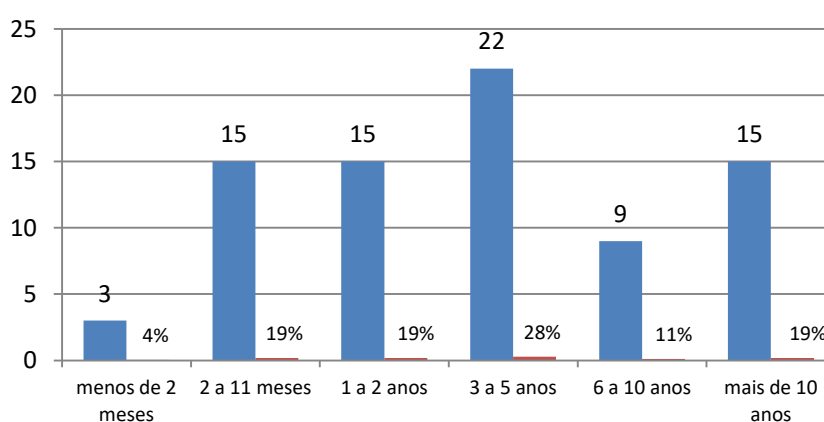
Tabela 3 – Outra função

Função / Cargo	Freq ^a	% Válida
A.A.D.	7	41,2
Animador	3	17,6
Auxiliar de Saúde	1	5,9
Encarregada Geral	1	5,9
Estagiária Animação SC	2	11,8
Jardineiro	1	5,9
Psicólogo	1	5,9
Técnica Superior Reabilitação	1	5,9
Total	17	100%

No que se refere ao tempo de trabalho nas respetivas ERPI, importa referir que uma das unidades apenas se encontra em funcionamento há pouco mais de 7 anos. Ainda assim, é possível verificar que mais de 40% dos profissionais colabora nas instituições há menos de 2

anos. Quase 60% (n=46) dos profissionais trabalham há mais de 3 anos. Os dados obtidos neste estudo são similares aos encontrados nos EUA e na China (Banaszak-Holl et al., 2017; AHRQ, 2019; He et al., 2020). Tanto na Bélgica como na Noruega, os profissionais inquiridos por Desmedt et al., (2018) e Bondevik et al., (2017), respetivamente, apresentam uma maior longevidade nas suas estruturas. Face aos estudos das UCCI de Inácio (2014) e Santos (2015), verifica-se que nas ERPI os profissionais revelam maior longevidade. Todavia, é necessário realçar que as UCCI foram criadas recentemente em Portugal.

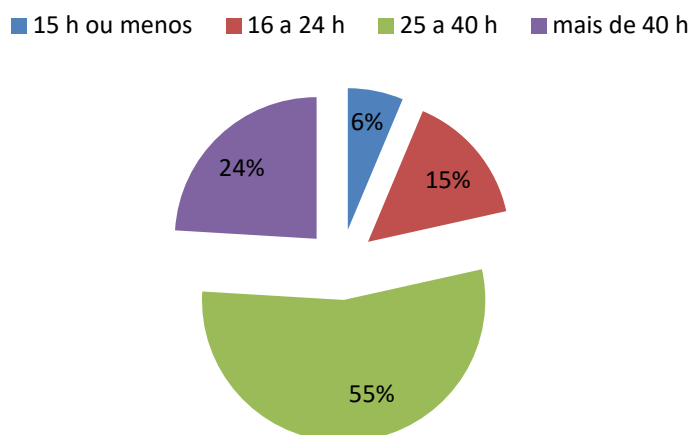
Gráfico 5 – Distribuição pelo tempo de trabalho na estrutura



Quanto ao número de horas normais de trabalho por semana, verifica-se que a maioria dos profissionais (55%) trabalha entre as 25 e as 40 horas por semana. Neste domínio, parece relevante o facto de 24% dos profissionais trabalharem mais de 40 horas semanais. Cerca de 6% dos colaboradores trabalha até 15 horas por semana, enquanto 15% dos participantes no estudo trabalham nas suas ERPI entre 16 e 24 horas semanais.

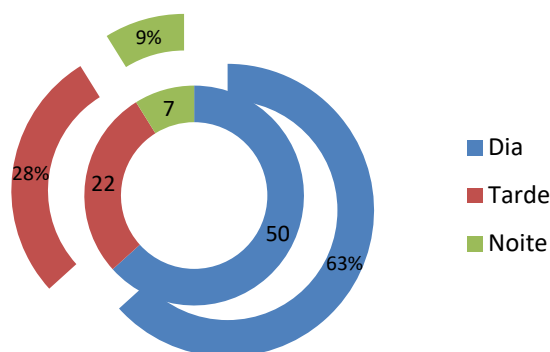
Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Banaszak-Holl et al., (2017) e AHRQ (2019) nos EUA. De realçar que, na China, He et al., (2020) registou que mais de 89% dos participantes trabalha mais de 40 horas por semana e que, pelo contrário, Desmedt et al., (2018) não identificou no seu estudo belga nenhum profissional a trabalhar mais de 40 horas semanais. Verifica-se que o facto de a maioria dos profissionais trabalhar entre as 25 e as 40 horas semanais é coincidente com os estudos de Inácio (2014) e Santos (2015). Porém, as ERPI estudadas apresentam uma percentagem consideravelmente mais elevada de profissionais que trabalham acima das 40 horas semanais.

Gráfico 6 – Distribuição pelo número de horas de trabalho por semana



No que se refere ao período do dia em que os profissionais trabalham mais frequentemente, como se pode verificar no gráfico 7, a maioria dos profissionais (63%, n=50) trabalha mais frequentemente durante o dia. Cerca de 28% (n=22) trabalha mais frequentemente no turno da tarde, enquanto 9% (n=7) trabalha mais frequentemente no turno da noite. Apesar de algumas diferenças pontuais, os resultados encontrados estão em linha com os estudos desenvolvidos por Desmedt et al., (2018) e AHRQ (2019), na Bélgica e nos EUA, assim como com os estudos das UCCI, de Inácio (2014) e Santos (2015).

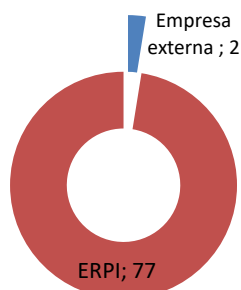
Gráfico 7 – Distribuição por frequência de turno



Quanto ao pagamento dos respetivos honorários ou remunerações, como se verifica no gráfico 8, enquanto 97% dos profissionais (n=77) refere ser pago pela própria ERPI, 3% dos inquiridos (n=2) é pago através de uma empresa externa de recrutamento. Tanto os estudos das UCCI, de Inácio (2014) e Santos (2015), como os estudos desenvolvidos nos EUA e na

Bélgica, AHRQ (2019) e Desmedt et al., (2018) encontraram valores mais elevados de profissionais remunerados através de empresas externas - na Bélgica 6% e nos EUA 7,5%.

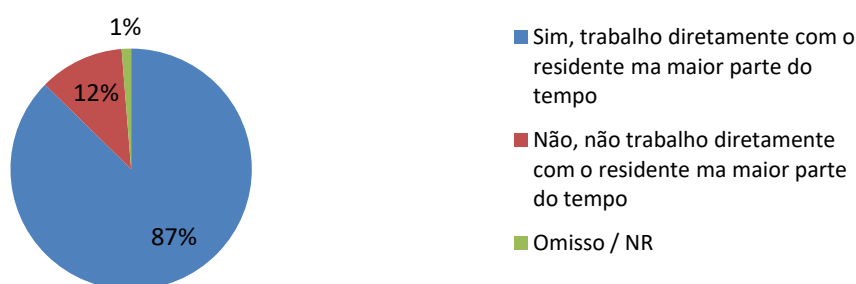
Gráfico 8 – Distribuição por entidade pagadora



Quando questionados se trabalham a maior parte do tempo diariamente com o cliente, 87% (n=69) dos inquiridos afirma que sim, enquanto 12% (n=9) refere que não. Um profissional não respondeu a este item.

No que se refere ao número de profissionais que atribui a maior parte do seu tempo a trabalho direto com os clientes, o estudo da AHRQ (2019), nos EUA, apresenta um valor inferior (74%) enquanto os estudos de Desmedt et al., (2018), na Bélgica e He et al., (2020), na China, revelam valores superiores - 94% e 93% respetivamente. Neste estudo, a taxa de colaboradores que trabalham a maior parte do tempo diretamente com os clientes situa-se entre os valores encontrados por Inácio (2014), com 84%, e por Santos (2015), com 92%.

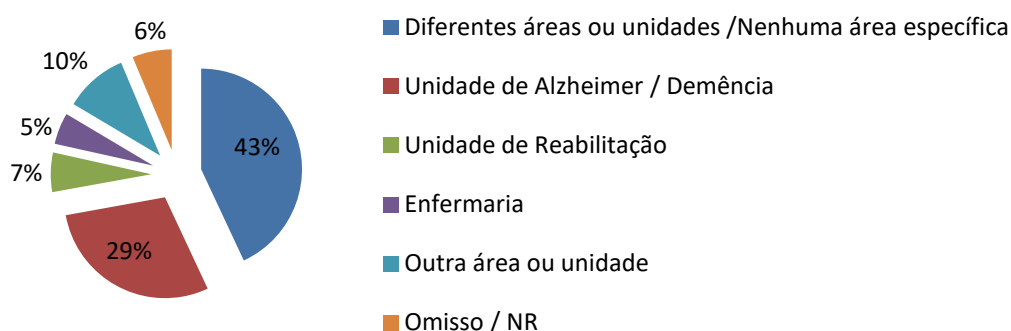
Gráfico 9 – Distribuição por interação direta com o cliente



Além da polivalência dos inquiridos, os dados remetem para uma distribuição do trabalho bastante dinâmica no seio das ERPI. Como se verifica no gráfico 10, a maioria dos profissionais (43%, n=34) atua em diferentes áreas da ERPI. Em termos percentuais, o segundo grupo mais numeroso (29%, n=23) dedica-se maioritariamente às áreas relacionadas com as demências. Os restantes inquiridos indicam uma distribuição homogênea pelas outras

áreas da ERPI. Também o estudo da AHRQ (2019), nos EUA, revela que a maioria dos profissionais inquiridos trabalha em diferentes áreas da estrutura. Sendo o contexto da prestação de cuidados muito diverso, não se procedeu à comparação dos resultados deste item com os estudos das UCCI.

Gráfico 10 – Distribuição por unidade de trabalho



5.2 Avaliação das 12 Dimensões

Através do questionário NHSPSC, e considerando as 12 dimensões indicadas, é possível uma avaliação global da CSC percebida pelos profissionais das ERPI.

Como recomenda a AHRQ (2010), os resultados foram tratados considerando como respostas positivas todas as registos nas opções “concordo”, “concordo fortemente” nas secções A, C e D e “maioria das vezes” e “sempre” na secção B. A generalidade dos resultados do presente estudo refere-se às respostas positivas. Apesar de não virem a ser explicitados, importa referir que, para efeitos de avaliação das 12 dimensões, considerou-se como respostas negativas ou neutras todos os registos nas opções “discordo fortemente”, “discordo” e “não concordo nem discordo” nas secções A, C e D e “nunca”, “raramente” e “às vezes” na secção B. Importa ainda realçar que os itens com palavras negativas foram avaliados reversamente, de modo que “discordo totalmente” e “discordo” foram consideradas respostas positivas.

Se atendermos ao gráfico 9, é possível antecipar uma abordagem geral CSP na perspetiva dos profissionais das 3 ERPI estudadas. Com uma média de 69% na apreciação geral das 12 dimensões, as respostas dos 79 profissionais das 3 ERPI estudadas permitem evidenciar diferentes perspetivas relativamente a cada dimensão. À exceção do estudo chinês de He et al., (2020), que revela 85%, a média de 69% na apreciação geral das 12 dimensões é

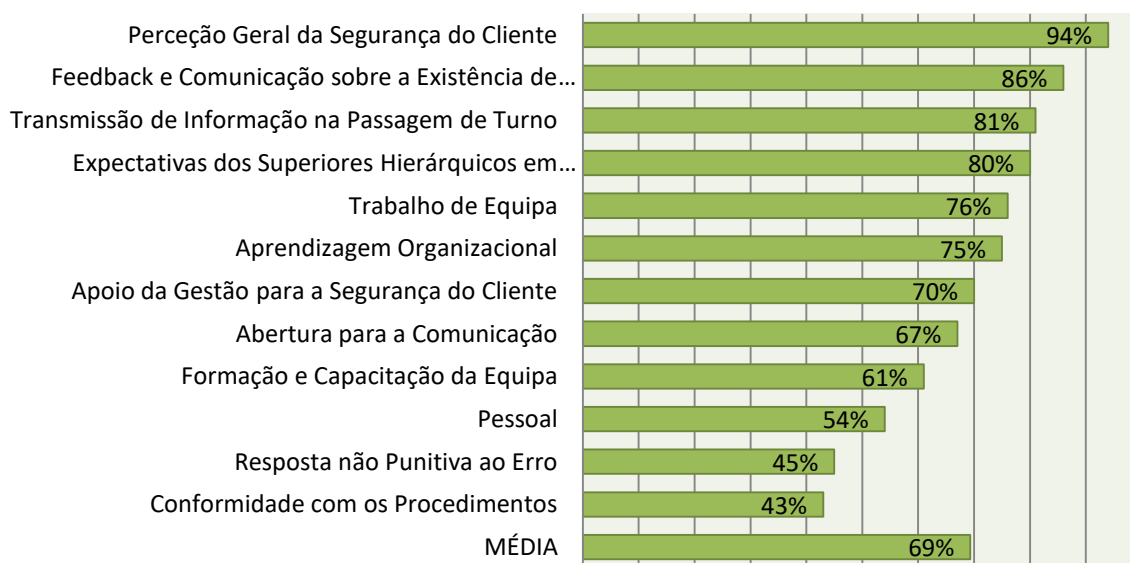
semelhante aos resultados dos estudos de Santos (2015), da AHRQ (2019) e de Desmedt et al., (2018).

À semelhança dos restantes estudos citados, a dimensão “perceção geral da segurança do residente” revela a maior taxa de respostas positivas (94%), constituindo, dessa forma, um ponto forte, uma vez que os profissionais respondentes percebem que os clientes das suas ERPI são cuidados em segurança. Destacam-se neste estudo mais 5 dimensões que podem ser vistas como pontos fortes: O “feedback e comunicação sobre a existência de incidentes” (86%), a “transmissão de informação nas passagens de turno” (81%), as “expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente” com (80%), o “trabalho de equipa” (76%) e a “aprendizagem organizacional (75%).

Pelo facto de as respetivas respostas positivas não atingirem os 50%, conforme a indicação da AHRQ (2010), as dimensões “resposta não punitiva ao erro” (45%) e “conformidade com os procedimentos” (43%) incorporam oportunidades de melhoria emergentes.

A AHRQ (2010) indica também que as dimensões com resultados de respostas positivas entre os 50 e os 75%, apesar de não terem uma avaliação negativa, devem ser vistas como áreas de potencial melhoria. Neste estudo, 4 dimensões revelaram resultados desta ordem: a dimensão “apoio da gestão para a segurança do cliente” (70%), a “abertura para a comunicação” (67%), a “formação e capacitação da equipa” (61%) e o “pessoal” (54%) constituem, dessa forma, áreas com oportunidade de melhoria.

Gráfico 11 – Avaliação geral das 12 dimensões da CS



Como já vimos, os estudos de Santos (2015) e da AHRQ (2019) são utilizados no presente estudo como elementos comparativos no plano nacional e internacional respetivamente. A tabela 4 permite uma perspetiva geral nessa interpretação comparativa no que se refere às taxas de respostas positivas por cada item e dimensão.

Tabela 4 – Taxa de respostas positivas por item e dimensão / Comparação com 2 outros estudos

Dimensão Itens	% Respostas Positivas	Santos (2015)	AHRQ (2019)
Trabalho de Equipa			
A 1. Nesta estrutura os profissionais relacionam-se com respeito.	82%	91%	70%
A 2. Nesta estrutura os profissionais apoiam-se mutuamente.	76%	78%	69%
A 5. Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa.	82%	80%	62%
A 9. Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros.	65%	68%	64%
Média	76%	79%	66%
Pessoal			
A 3. Nesta estrutura existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho.	60%	38%	34%
A 8. Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho.	20%	71%	30%
A 16. As necessidades do residente são conhecidas durante as mudanças de turno.	82%	88%	63%
A 17. É difícil manter a segurança do residente porque muitos dos profissionais pretendem deixar este emprego.	52%	7%	56%
Média	54%	51%	46%
Conformidade com os Procedimentos			
A 4. Os profissionais cumprem as normas e os procedimentos na prestação de cuidados.	80%	91%	82%
A 6. Os profissionais recorrem a “atalhos” que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente.	15%	43%	45%
A 14. Para facilitar o trabalho, os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos.	34%	16%	67%
Média	43%	50%	65%
Formação e Capacitação da Equipa			
A 7. Os profissionais recebem a formação que necessitam para trabalhar nesta estrutura.	71%	75%	73%
A 11. Os profissionais têm formação suficiente para lidar com residentes difíceis.	46%	50%	56%
A 13. Os profissionais compreendem a formação que recebem nesta estrutura.	67%	66%	77%
Média	61%	64%	69%
Resposta não Punitiva ao Erro			
A 10. Os profissionais são culpabilizados quando algum residente sofre um dano.	43%	34%	50%
A 12. Os profissionais têm medo de notificar os seus erros.	33%	14%	54%
A 15. Os profissionais são tratados de forma justa quando cometem erros.	57%	59%	60%
A 18. Os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros.	48%	57%	59%
Média	45%	41%	56%
Transmissão de Informação nas Passagens de Turno			
B 1. Os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar de um residente pela primeira vez.	87%	82%	68%
B 2. Os profissionais são informados, imediatamente, quando há alguma alteração no plano de cuidados do residente.	81%	78%	58%
B 3. Quando o utente vem transferido de um hospital, recebemos todas as informações necessárias.	73%	32%	56%
B 10. Aos profissionais é dada toda a informação necessária para cuidar do residente.	81%	91%	71%
Média	81%	71%	63%

Feedback e Comunicação sobre a Existência de Incidentes			
B 4. Quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um residente, alguém se encarrega do problema.	85%	82%	83%
B 5. Nesta estrutura falamos sobre a forma de evitar que os incidentes se repitam.	82%	93%	83%
B 6. Os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao residente.	94%	90%	89%
B 8. Nesta estrutura discutimos formas de manter o residente livre de danos.	85%	88%	84%
Média	87%	88%	85%
Abertura para a Comunicação			
B 7. As ideias e sugestões dadas pelos profissionais são valorizadas nesta estrutura.	70%	66%	58%
B 9. Nesta estrutura as opiniões dos profissionais são ignoradas.	70%	11%	50%
B 11. Os profissionais têm facilidade em falar sobre os problemas nesta estrutura.	62%	62%	57%
Média	67%	46%	55%
Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente			
C 1. O meu superior hierárquico ouve ideias e sugestões dos profissionais sobre a segurança do residente.	84%	96%	81%
C 2. O meu superior hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos.	70%	84%	76%
C 3. Nesta estrutura o meu superior hierárquico presta atenção aos problemas de segurança do residente.	86%	96%	86%
Média	80%	92%	81%
Percepção Geral da Segurança do Cliente			
D 1. Nesta estrutura, os residentes são bem cuidados.	94%	95%	85%
D 6. Esta estrutura realiza um bom trabalho para manter a segurança do residente.	92%	80%	83%
D 8. Esta estrutura é um lugar seguro para o residente.	95%	92%	86%
Média	94%	89%	85%
Apoio da Gestão para a Segurança do Cliente			
D 2. Os gestores questionam os profissionais sobre formas de como a estrutura pode melhorar a segurança do residente.	62%	70%	67%
D 7. Os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do residente.	73%	71%	68%
D 9. Os gestores visitam frequentemente a estrutura para verificarem o modo como o residente é cuidado.	73%	67%	69%
Média	69%	69%	68%
Aprendizagem Organizacional			
D 3. Nesta estrutura permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes.	61%	12%	65%
D 4. Nesta estrutura é fácil fazer mudanças para melhorar a segurança do residente.	76%	54%	65%
D 5. Esta estrutura está continuamente a tomar medidas para melhorar a segurança do residente.	84%	63%	75%
D 10. Quando esta estrutura implementa alterações para melhorar a segurança do residente, há a verificação da sua eficácia.	79%	66%	72%
Média	75%	49%	69%

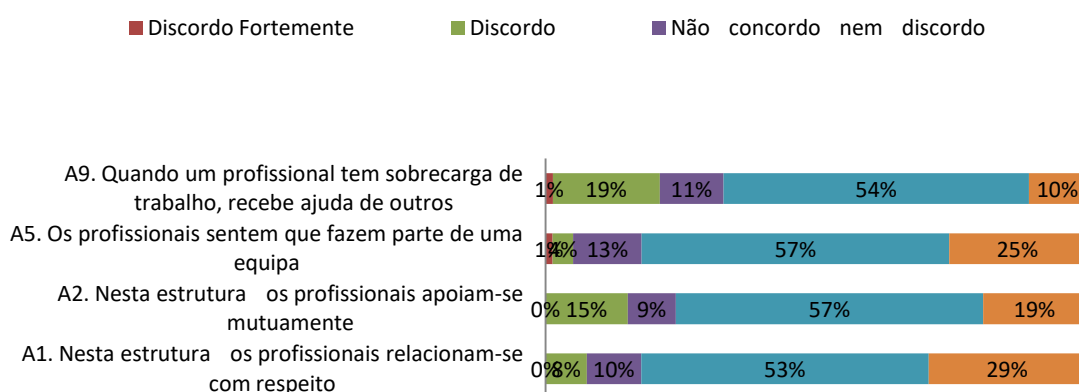
A dimensão “trabalho em equipa” surge com uma avaliação favorável neste estudo, podendo ser vista como um ponto forte para a CSC nas ERPI estudadas. Com uma média de respostas positivas de 76%, tem resultados compatíveis com o estudo de Santos (2015) e superiores ao estudo da AHRQ (2019).

A maioria dos participantes afirma que os profissionais se relacionam com respeito (82%), se apoiam mutuamente (76%) e sentem que fazem parte de uma equipa (82%). Num

patamar inferior, 65% dos participantes afirmam que recebem ajuda de outros quando têm sobrecarga de trabalho.

Desta forma, fica evidente que existe trabalho de equipa nas ERPI estudadas, facto que favorece a CSC destas estruturas. Num ambiente de grande exigência física e emocional, a existência de trabalho de equipa, com relacionamentos flexíveis e responsáveis, constitui um fator motivacional de grande relevo. O trabalho de equipa está significativamente relacionado com níveis elevados de qualidade de cuidados, uma vez que permite respostas oportunas perante mudanças nas condições dos residentes (Li et al., 2021).

Gráfico 12 – Distribuição de respostas na dimensão “trabalho de equipa”



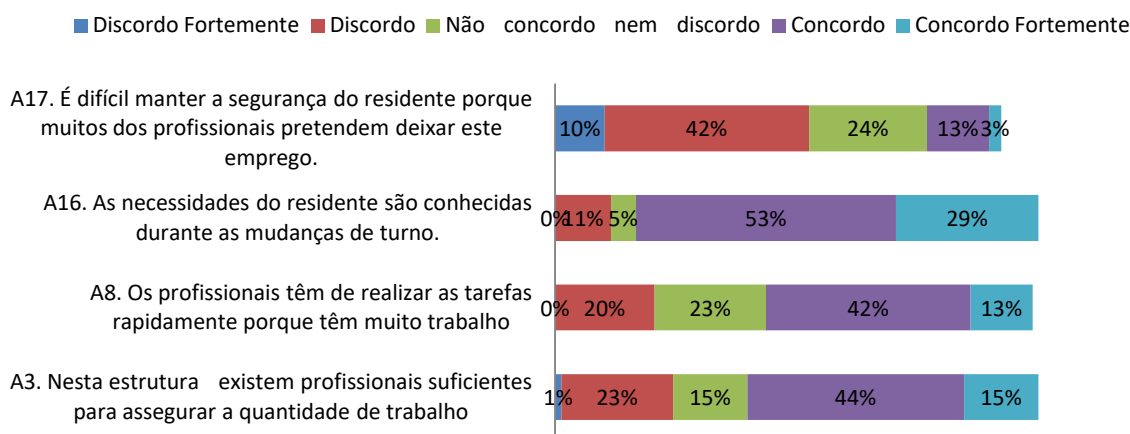
A dimensão “pessoal” surge como o indicador relevante no que se refere aos estudos sobre a CSP. A existência de ambientes seguros e favoráveis aos colaboradores promove a melhoria da segurança do paciente (Hall et al., 2016).

Composta por 4 itens, a dimensão “pessoal” revela uma média de respostas positivas de 54%, obtendo resultados semelhantes aos encontrados por Santos (2015) e ligeiramente mais favoráveis que os encontrados pela AHRQ (2019). Estes resultados, também compatíveis com estudos de Desmedt et al., (2018) e de Buljac-Samardžić & Woerkmom (2018), remetem para a necessidade de melhorias nesta área tão importante para a CSC.

Verifica-se que a maioria dos participantes no estudo (52%) discorda ou discorda fortemente da dificuldade de manter a segurança do residente estar relacionada com a vontade dos profissionais saírem da estrutura, enquanto 43% descarta a necessidade de realizar tarefas rapidamente devido ao muito trabalho. Por seu lado, 60% refere que os profissionais são suficientes para assegurar a quantidade de trabalho e 82% afirmam que as necessidades dos residentes são conhecidas durante as mudanças de turno.

Resende et al., (2021, p. 672), realça que, como grande pilar da CS, “o conjunto de colaboradores que, num ambiente de grande exigência física e emocional, precisa de motivação, sustentabilidade e formação adequada”. Ao sublinhar o efeito nefasto que a perceção de intensidade de trabalho tem um na perceção da qualidade dos cuidados prestados nas equipas, Buljac-Samardžic & Woerkom (2018) alerta para a necessidade de desenvolver os pontos fortes dos elementos de cada equipa. Habitualmente, os enfermeiros acreditam que a qualidade dos cuidados está diretamente relacionada com a proporção de elementos por utente (Hi et al., 2021). Estes conceitos e os resultados deste estudo na dimensão “pessoal” podem constituir indicadores importantes, não só para os enfermeiros gestores, como para todos os administradores das ERPI.

Gráfico 13 – Distribuição de respostas na dimensão “pessoal”



A avaliar por outros estudos, a dimensão “conformidade com os procedimentos” parece constituir, invariavelmente, o contraponto menos otimista relativamente a dimensões com avaliações mais favoráveis.

No presente estudo, esta dimensão obteve os piores resultados com uma taxa de respostas positivas de 43%, constituindo assim uma oportunidade emergente de melhoria. Estes resultados são menos favoráveis que os obtidos por Santos (2015) e pela AHRQ (2019). Constatando uma grande precaridade nos colaboradores e elevadas cargas de trabalho, também He et al., (2020) encontrou pontuações baixas nesta dimensão no seu estudo chinês.

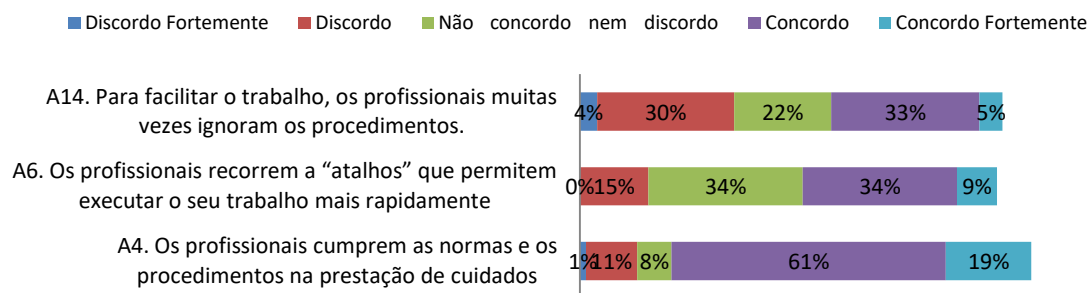
Com apenas 15% de respostas positivas, resultado menos favorável da dimensão e do estudo, no item A 6., 43% dos respondentes admitem recorrer a atalhos que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente.

Pela sua natureza, esta dimensão está intimamente relacionada com a dimensão “pessoal”, e os seus resultados estarão associados a elevada intensidade de trabalho. Desta

forma, torna-se fundamental criar ambientes de trabalho seguros e favoráveis à saúde mental dos profissionais, promovendo assim a segurança do paciente (Hall et al., 2016).

A natureza desta dimensão e os resultados aqui revelados, evidenciam a necessidade do recurso à metodologia qualitativa para melhor percepção desta realidade.

Gráfico 14 – Distribuição de respostas na dimensão “conformidade com os procedimentos”



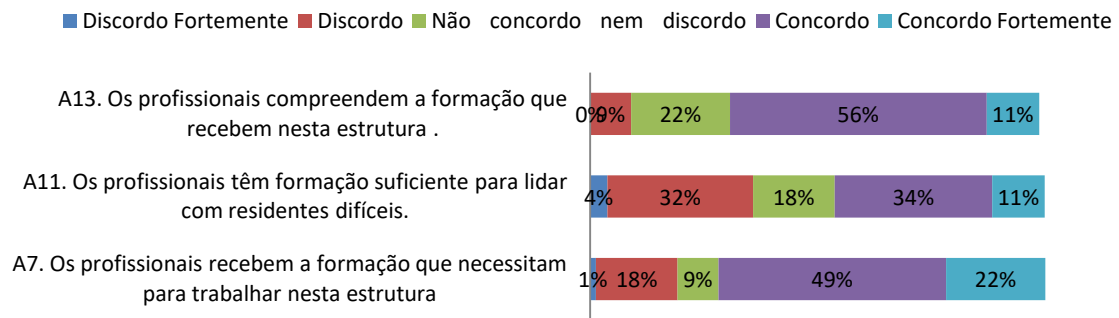
A dimensão “formação e capacitação da equipa” revelou uma média de respostas positivas de 61%. Apesar de ligeiramente menos favoráveis, os resultados deste estudo estão em linha com as investigações de Santos (2015) e da AHRQ (2019).

Dos três itens avaliados, o “A 11. Os profissionais têm formação suficiente para lidar com residentes difíceis” obteve o resultado mais desfavorável, com 46% de respostas positivas. Conhecida a complexidade inerente à população das ERPI e a intensidade de trabalho habitual, este resultado deverá ser merecedor de redobrada atenção para os enfermeiros gestores. De facto, deverá ser sublinhado que “o treino e a educação da equipa podem reforçar positivamente a cultura de segurança e reduzir a incidência de danos” (Damery et al., 2019, p.1).

Resende et al., (2021, p.670) referem que “um dos desafios para a segurança dos cuidados está relacionado com a qualificação dos colaboradores das ERPI”. No entanto, grande parte dos prestadores de cuidados diretos não possui qualificações para tal (Gartshore et al., 2017). Os resultados obtidos nos diferentes itens desta dimensão sugerem que existe uma valorização da formação e capacitação da equipa por parte das ERPI estudadas. Porém, não é garantido que todos os colaboradores possuam a formação suficiente para a exigência do trabalho.

O desenvolvimento de competências dos seus profissionais, seja qual for a sua profissão e nível académico, deverá ser uma aposta das estruturas que interpretem a SP como um fator crítico de sucesso (Banaszak-Holl et al., 2017; Park et al., 2015; He et al., 2020; AHRQ, 2019). Revela-se fundamental o investimento na formação dos colaboradores das ERPI de modo a que os mesmos desenvolvam competências promotoras da segurança do cliente.

Gráfico 15 – Distribuição de respostas na dimensão “formação e capacitação da equipa”



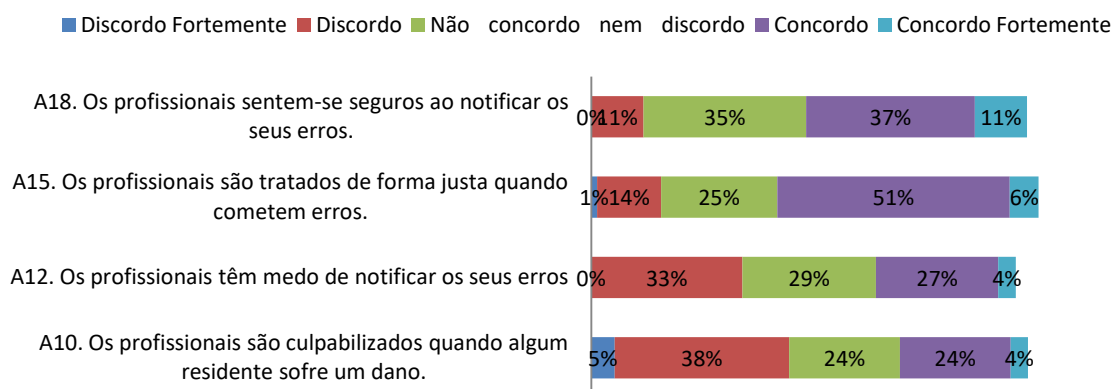
A dimensão “resposta não punitiva ao erro” com uma média de respostas positivas de 45%, destaca-se como uma oportunidade emergente de melhoria. Nesta dimensão, apesar de resultados ligeiramente mais favoráveis que os revelados por Santos (2015), três dos quatro itens apresentam valores inferiores 50%, estando a respetiva média distante dos resultados da AHRQ (2019). Destaca-se o facto do item “A 12. Os profissionais têm medo de notificar os seus erros” obter apenas 33% de respostas positivas. Santos (2015), além de afirmar que numa verdadeira CS os profissionais não têm receio de notificar qualquer incidente, desafia os gestores a abandonar a filosofia punitiva do erro, e entender essa notificação como medida construtiva por forma a promover a conceção de um sistema seguro e transparente. Destaca-se que “a prevenção e a adequada notificação de eventos adversos parecem estar intimamente ligadas à CSP nos lares de idosos” (Resende et al., 2021, p.671).

A culpabilização dos colaboradores e das equipas é ainda uma realidade nas ERPI, apesar do enfoque da melhoria da SP se centrar cada vez mais nas estruturas e nos processos (Li et al., 2019). Os mesmos autores associam a melhoria na CSP à redução dos obstáculos aos relatos de eventos adversos nas ERPI. A atmosfera punitiva constitui uma barreira relevante à notificação de eventos adversos (Resende et al., 2021).

Partindo do princípio que a complexidade da população das ERPI parece justificar melhor os múltiplos fatores que contribuem para a ocorrência dos eventos adversos (Simmons et al., 2016), os enfermeiros gestores deverão valorizar esta dimensão com considerável potencial de melhoria para o desenvolvimento de cuidados seguros e de qualidade.

Atuar com justiça é reconhecer “os erros como falhas no sistema, ao invés de falhas individuais” (Harada & Pedreira, 2013, p.49). Organizações com cultura de segurança não julgam os seus colaboradores perante os erros, reconhecem a probabilidade do risco e promove melhorias nos sistemas e nos processos (Hughes, 2018).

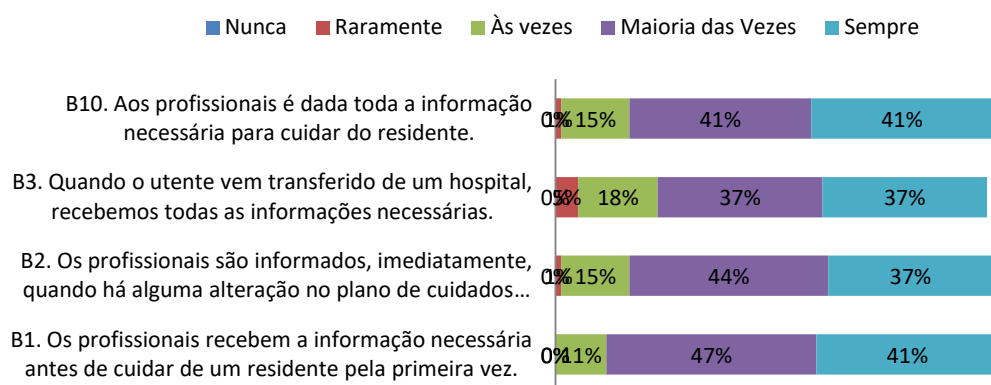
Gráfico 16 – Distribuição de respostas na dimensão “resposta não punitiva ao erro”



Na dimensão “transmissão de informação nas passagens de turno”, com uma média de respostas positivas de 81%, verificamos resultados muito favoráveis se comparados com os estudos de Santos (2015) e da AHRQ (2019). Constata-se que a maioria dos profissionais considera que recebe a informação necessária antes de cuidar do residente pela primeira vez (87%). Além disso, 81% dos profissionais afirmam que são informados logo que há uma alteração no plano de cuidados do residente e que lhes é dada toda a informação para cuidar dos mesmos. Num patamar ligeiramente mais baixo, 73% dos profissionais afirmam que recebem todas as informações necessárias quando os residentes vêm transferidos dos hospitais.

Neste domínio, tal como preconizam Carvalho & Lucas (2020), os enfermeiros constituem-se como interlocutores privilegiados no seio da equipa, facilitando a comunicação com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança dos clientes. O conhecimento do residente e das suas necessidades revelado pelos participantes, além de evidenciar níveis e estratégias estruturadas e eficazes de comunicação, indica a prestação de cuidados centrados na pessoa e na garantia da continuidade dos mesmos.

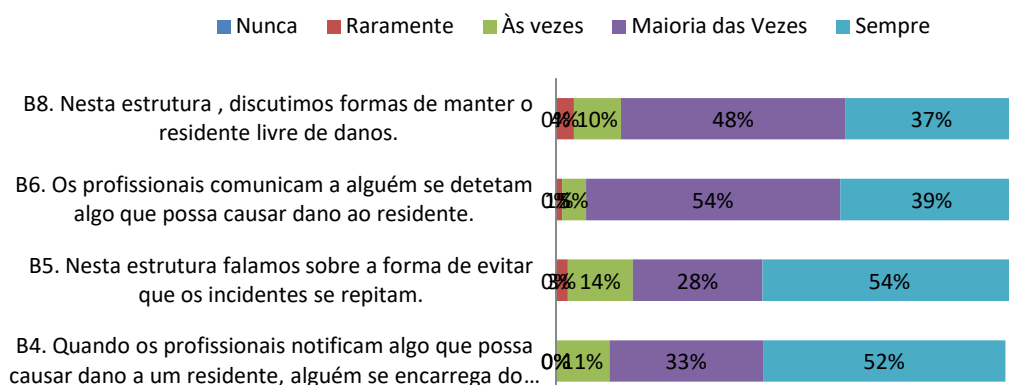
Gráfico 17 – Distribuição de respostas na dimensão “transmissão de informação nas passagens de turno”



A dimensão “feedback e comunicação sobre a existência de incidentes” revela-se um dos pontos fortes da CSC nas ERPI estudadas, uma vez que obteve uma apreciação muito favorável por parte dos respondentes. Com uma média de respostas positivas de 87%, os resultados nesta dimensão são compatíveis com os estudos de Santos (2015) e da AHRQ (2019). Todos os itens obtiveram respostas positivas superiores a 80%.

Sabe-se que as dificuldades na comunicação constituem importantes obstáculos na notificação de eventos adversos (Resende et al., 2021). As organizações devem promover um ambiente favorável para que os enfermeiros não tenham falar sobre os erros, reais ou potenciais (Hughes, 2018). Os enfermeiros têm um papel fundamental na definição de um caminho mais expedito, seguro, transparente e menos punitivo na comunicação de eventos adversos, no qual a equipa possa partilhar os erros e aprender com eles (He et al., 2020; Santos, 2015; AHRQ, 2019).

Gráfico 18 – Distribuição de respostas na dimensão “feedback e comunicação sobre a existência de incidentes”



A dimensão “abertura para a comunicação”, com 67% de respostas positivas, constitui uma área com potencial de melhoria no que se refere à CSC nas ERPI estudadas. Ainda assim, revela resultados mais favoráveis que os estudos de Santos (2015) e da AHRQ (2019).

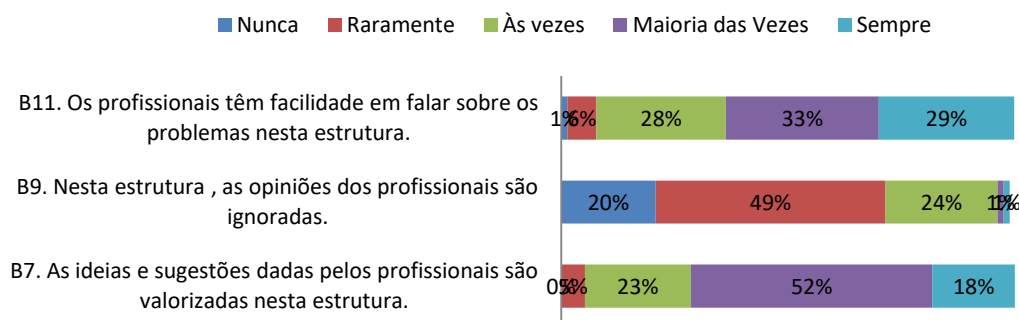
Nos resultados verifica-se que a maioria dos profissionais (70%) sente que as suas ideias e sugestões são valorizadas e que as opiniões dos profissionais não são ignoradas. Cerca de 62% dos respondentes refere que os profissionais têm facilidade em falar dos problemas da estrutura.

Bondevik et al., (2017) encontraram avaliações favoráveis na comunicação e na colaboração entre os elementos das equipas dos cuidados diretos. Porém, esses resultados foram menos expressivos na comunicação e colaboração com os médicos e administradores. Também Li et al., (2021, p.430) defendem no seu estudo que a comunicação “foi um fator-chave nos resultados de saúde dos residentes, pois permitiu que os funcionários recebessem

apoio e conhecimento de seus pares e compartilhassem conhecimentos de forma mais deliberada e de uma série de perspectivas diferentes”.

Torna-se assim importante a eliminação de barreiras dentro da equipa multiprofissional para que a comunicação flua nos diferentes níveis da estrutura. A promoção de canais facilitadores de comunicação poderá promover o envolvimento institucional, diminuir o *burnout*, melhorar a qualidade dos cuidados e a segurança do cliente.

Gráfico 19 – Distribuição de respostas na dimensão “abertura para a comunicação”

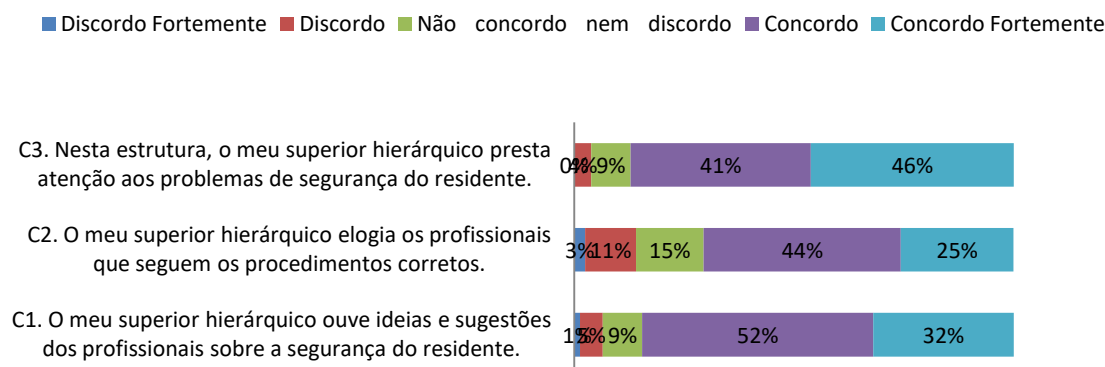


A dimensão “expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente”, com uma média de respostas positivas de 80%, surge como um dos pontos fortes para a CSC nas estruturas estudadas. Estes resultados são também compatíveis com o estudo da AHRQ (2019) mas menos favoráveis que no estudo de Santos (2015). Neste âmbito, sublinha-se o item “C 2. o meu superior hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos” cuja taxa de respostas positivas se cifrou nos 70%, aspeto a ter em conta pelos respetivos gestores.

Para Simmons et al., (2016), ao contrário dos hospitais, a esmagadora maioria dos cuidados são assegurados por auxiliares, que garantem o acompanhamento diário dos residentes por longos períodos de tempo. O mesmo autor, defende que qualquer intervenção para melhoria da segurança que ignore as características dos colaboradores e o modo como os cuidados diretos e diários são prestados estará condenada ao fracasso (Simmons et al., 2016).

O líder “é o elemento chave para concepção, promoção e criação de uma cultura de segurança” (Harada & Pedreira, 2013, p.49). É fundamental que os administradores reconheçam os riscos associados aos cuidados de saúde e assumam o papel fundamental nos processos de melhoria da qualidade, aproximando-se dos cuidados diretos de modo a identificarem as lacunas que afetam a segurança dos clientes (Banaszak-Holl et al., 2017; Santos, 2015).

Gráfico 20 – Distribuição de respostas na dimensão “expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente”

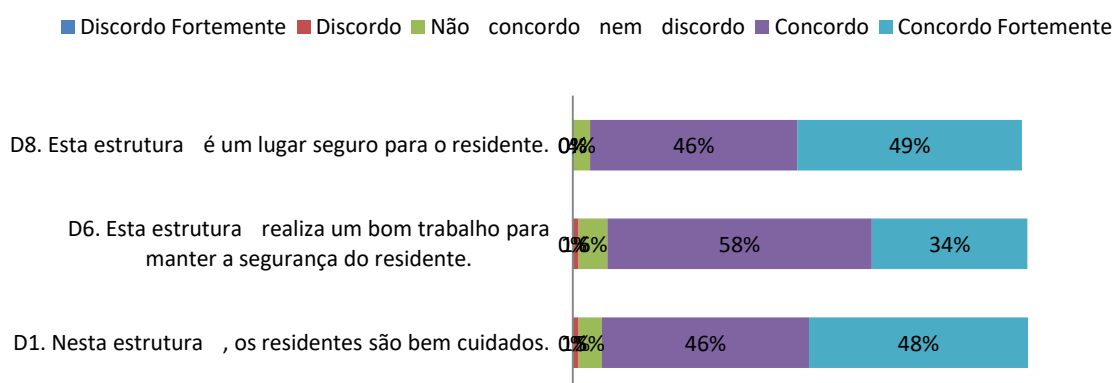


A dimensão “percepção geral da segurança do cliente”, que inclui três itens, obteve uma apreciação substancialmente favorável, com uma média de respostas positivas de 94%.

Esta dimensão apresenta habitualmente resultados bastante favoráveis nos diferentes estudos. Todavia, os resultados evidenciados nas três estruturas são mais favoráveis que no estudo de Santos (2015) e da AHRQ (2019). Os participantes referem que a sua estrutura é um lugar seguro para os residentes (95%), que os mesmos são bem cuidados (94%) e que a estrutura realiza um bom trabalho em prol da segurança (92%).

Estes resultados, além que indicarem o reconhecimento dos aspetos relacionados com a segurança por parte dos profissionais, evidenciam um envolvimento institucional muito relevante que, por si só, constitui um ponto de partida importante para uma abordagem mais ampla e completa à temática da segurança do cliente.

Gráfico 21 – Distribuição de respostas na dimensão “percepção geral da segurança do cliente”

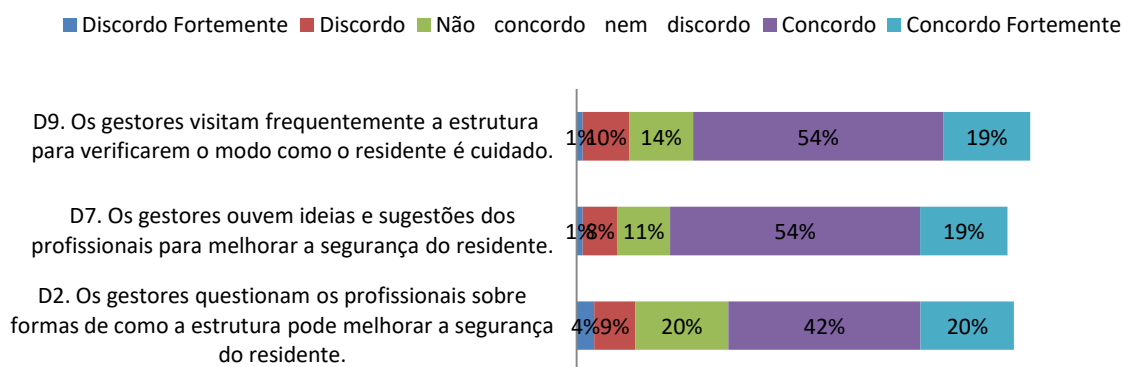


No que se refere à dimensão “apoio da gestão para a segurança do cliente”, com uma média de respostas positivas de 69%, verifica-se que os resultados são semelhantes aos estudos de Santos (2015) e da AHRQ (2019).

Cerca de 62% dos participantes afirmam que os gestores questionam os profissionais sobre as formas de melhorar a segurança, 73% refere que os gestores ouvem as ideias e as sugestões para melhorar a segurança e que os mesmos visitam frequentemente a estrutura para verificar como o residente é cuidado.

Hughes (2018) realça a importância do envolvimento organizacional numa cultura de segurança.

Gráfico 22 – Distribuição de respostas na dimensão “apoio da gestão para a segurança do cliente”

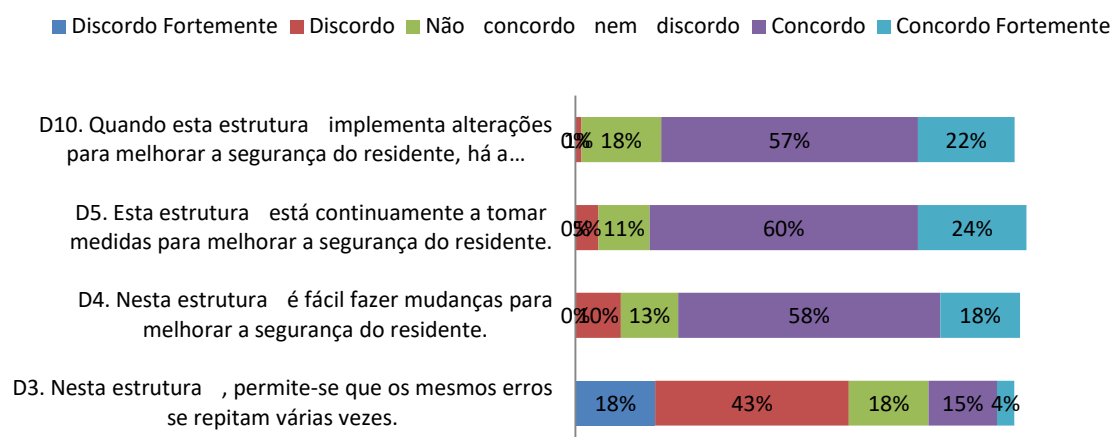


Para finalizar, a dimensão “aprendizagem organizacional”, com uma média de respostas positivas de 75%, evidenciam resultados substancialmente mais favoráveis que o estudo de Santos (2015) e ligeiramente mais favoráveis que o estudo da AHRQ (2019), constituindo um ponto forte na CSC nas ERPI estudadas.

No conjunto dos respondentes, constatou-se que 84% considera que a sua estrutura está constantemente a tomar medidas para melhorar a segurança, que 79% afirma que, após a implementação de alterações para melhorar a segurança, a eficácia das mesmas é verificada e que 76% considera fácil promover mudanças para melhorar a segurança do residente. Num patamar menos favorável, 61% dos respondentes defende que na sua estrutura não se permite que os mesmos erros se repitam várias vezes.

Efetivamente, qualquer intervenção ou estratégia com vista à melhoria da segurança, além de considerar as características dos elementos da equipa e a forma como os cuidados diretos e diários são organizados e prestados (Simmons et al., 2016), deverá proceder à validação da respetiva eficácia. Cumpre aos gestores a identificação dos pontos fortes e das áreas com potencial de melhoria de modo a estabelecer intervenções dirigidas de modo a alcançar cuidados seguros e de qualidade.

Gráfico 23 – Distribuição de respostas na dimensão “aprendizagem organizacional”



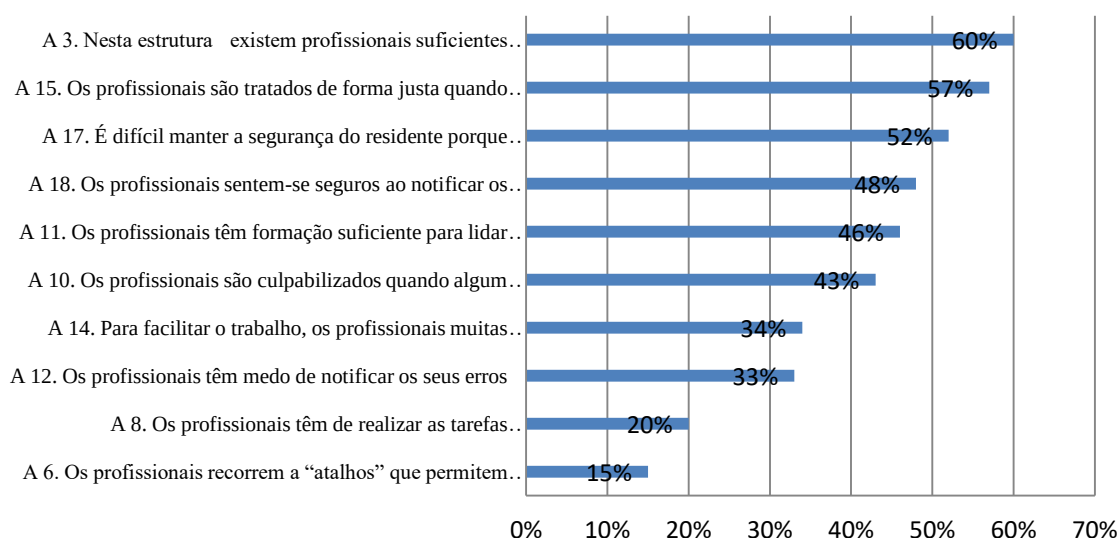
Além da análise às 12 dimensões, interessa também perceber quais dos 42 itens revelam percentagens mais baixas de respostas positivas, ilustrados no gráfico 10. Essa abordagem permitirá às ERPI pormenorizar a atenção nos aspetos a melhorar.

O item que se destaca com a percentagem mais baixa de respostas positivas é “A 6. os profissionais recorrem a atalhos que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente”, no qual apenas 15% discordam dessa afirmação. Sequem-se os itens “A 8. os profissionais têm de realizar tarefas rapidamente porque têm muito trabalho (20%)”, “A 12. os profissionais têm medo de notificar os seus erros” (33%) e “A 14. para facilitar o trabalho, os profissionais muitas vezes ignoram os procedimentos” (34%). Outros 3 itens revelam respostas positivas abaixo dos 50%, designadamente o “A 10. os profissionais são culpabilizados quando algum residente sofre um dano” (43%), o “A 11. os profissionais têm formação suficiente para lidar com residentes difíceis” (46%) e o A 18. os profissionais sentem-se seguros ao notificar os seus erros” (48%). Entende-se assim que estes 6 itens constituem oportunidades emergentes de melhoria no seio das ERPI.

Outros 4 itens resultam em taxas de respostas positivas entre os 50 e os 60%, revelando desse modo, oportunidades de melhoria nas ERPI: “A 17. é difícil manter a segurança do residente porque muitos profissionais pretendem deixar o emprego” (52%), “A 8. os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho” (55%), “A 15. os profissionais são tratados de forma justa quando cometem erros” (57%) e “A 3. nesta estrutura existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho” (60%).

Pelos valores revelados, os 10 itens aqui referidos estão relacionados com aspetos processuais e executivos, sob os quais, intervenções adequadas terão um profundo impacto positivo na segurança do cliente e na melhoria da qualidade dos cuidados.

Gráfico 24 – Distribuição dos itens com percentagens mais baixas de respostas positivas

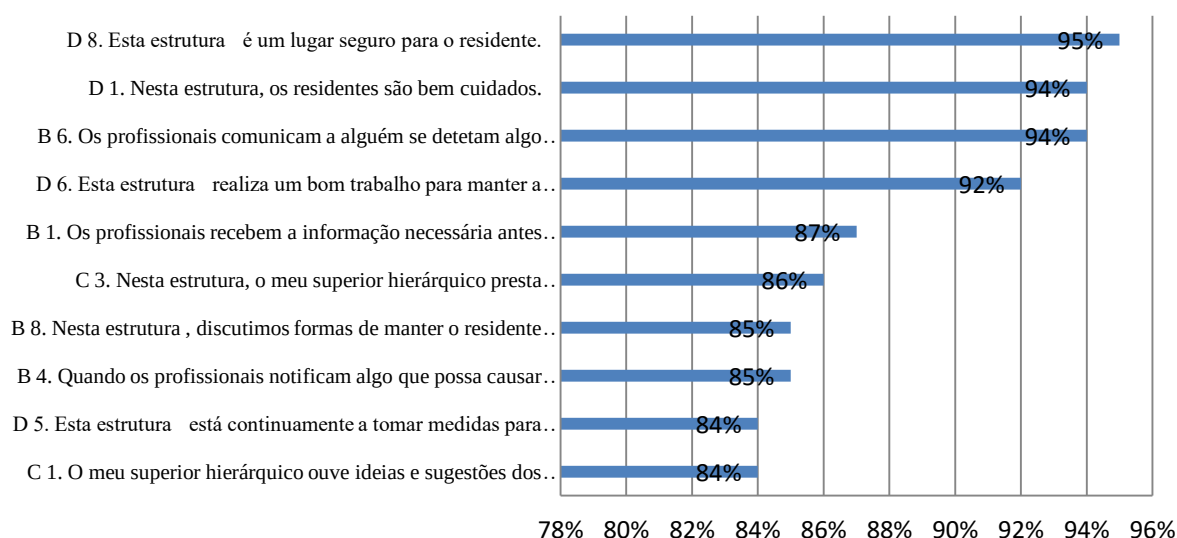


É também importante enumerar os itens com percentagens mais elevadas de respostas positivas. Conhecer os aspetos que melhor funcionam nas estruturas, na perspetiva dos seus profissionais, permitirá a manutenção e o desenvolvimento de intervenções com impacto positivo, numa ótica de melhoria contínua.

O gráfico 25 ilustra assim os 10 itens com maior percentagem de respostas positivas. Quatro itens obtiveram percentagens acima dos 90%: “D 8. esta estrutura é um lugar seguro para o residente” (95%), “D 1. nesta estrutura os residentes são bem cuidados” (94%), “B 6. os profissionais comunicam a alguém se detetam algo que possa causar dano ao residente” (94%) e “D 6. esta estrutura realiza um bom trabalho para manter a segurança do residente” (92%). Outros 6 itens revelaram percentagens de respostas positivas acima dos 80%: “B 1. os profissionais recebem a informação necessária antes de cuidar de um residente pela primeira vez” (87%), “C 3. nesta estrutura, o meu superior hierárquico presta atenção aos problemas de segurança do residente” (86%), “B 8. nesta estrutura discutimos formas de manter o residente livre de danos” (85%), “B 4. quando os profissionais notificam algo que possa causar dano a um residente, alguém se encarrega do problema” (85%), “D 5. esta estrutura está continuamente a tomar medidas para melhorar a segurança do residente” (84%) e C 1. o meu superior hierárquico ouve ideias e sugestões dos profissionais sobre a segurança do residente (84%).

Entende-se assim que, nas estruturas estudadas, as intervenções e as práticas que estão na origem destas apreciações francamente positivas constituem pontos fortes e mais-valias no processo de melhoria contínua e no aumento da qualidade dos cuidados.

Gráfico 25 – Distribuição dos itens com percentagens mais elevadas de respostas positivas



Em oposição à natureza dos itens com piores resultados do gráfico 24, relacionados com aspetos processuais e executivos, verifica-se que três dos quatro itens com taxas de respostas positivas mais elevadas correspondem a questões genéricas sobre a segurança dos residentes. Este fenómeno de elevadas taxas de respostas positivas em itens de apreciação geral, também presente na restante evidência, parece sugerir que os colaboradores das ERPI estudadas percecionam a segurança das suas estruturas de modo mais favorável do que aquilo que revelam na generalidade das restantes respostas. Este facto confirma a necessidade, não só da divulgação dos resultados, mas também do desenvolvimento de mais e diferentes estudos.

5.3 Cultura de Segurança do Cliente na Perspetiva do Cargo ou Função

Se compararmos as perceções de cada grupo profissional, verificamos diferenças que, neste contexto organizacional, se revelam muito relevantes.

Segundo Banaszak-Holl et al., (2017) “as perceções da cultura de segurança variam amplamente entre a equipe da casa de saúde, com os administradores percebendo consistentemente uma cultura de segurança melhor do que a equipe clínica que passa mais tempo com os residentes” (p.2). Os mesmos autores afirmam ainda que “relatar as pontuações da cultura de segurança de acordo com a ocupação pode ser mais importante do que apenas as pontuações no nível da instalação para descrever e avaliar barreiras, facilitadores e mudanças na cultura de segurança” (Banaszak-Holl et al., 2017, p.2). Torna-se assim necessário analisar os resultados do presente estudo à luz da perspetiva de cada grupo profissional ou de cada função desempenhada na estrutura.

Essa análise será apresentada com base nas diferentes funções indicadas na Secção F do NHSPSC e no âmbito das 12 dimensões que englobam os 42 itens do questionário. Sublinha-se que o grupo Outra Função, constituído por 17 elementos de diferentes profissões, incorpora 6 ajudantes de ação direta e 1 auxiliar de saúde, correspondendo a 47% desse grupo. Sendo a função destes profissionais semelhante à dos assistentes operacionais, a interpretação dos respetivos resultados deverá considerar esse facto. Salienta-se também que, existindo apenas um respondente no grupo Administrativo, apesar dos resultados serem apresentados nas respetivas tabelas, os mesmos não serão considerados no processo de análise.

Relativamente à dimensão “trabalho de equipa”, a generalidade dos grupos estudados revela uma avaliação bastante favorável. Nesta dimensão, os profissionais cuja função pertence ao grupo Administrador / Gestor obtiveram a melhor avaliação de respostas positivas (100%), logo seguidos pelo grupo Outra Função (88%). Num patamar inferior surgem os Enfermeiros (83%), os Outros Prestadores de Cuidados Diretos (73%) e os Assistentes Operacionais (71%).

Tabela 5 – Respostas dos grupos de função na dimensão “trabalho de equipa”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	0	3	3	
	% total	0%	4%	4%	100%
Enfermeiro	N	2	10	12	
	% total	3%	13%	16%	83%
Assistente Operacional	N	9	22	31	
	% total	12%	29%	41%	71%
Outros Prestadores de Cuidados Diretos	N	3	8	11	
	% total	4%	11%	15%	73%
Administrativo	N	0	1	1	
	% total	0%	1%	1%	100%
Outra Função	N	2	15	17	
	% total	3%	20%	23%	88%

No que se refere à dimensão “pessoal”, os diferentes grupos obtiveram taxas de respostas positivas bastante desfavoráveis. À exceção do grupo Outra Função (82%), todos os grupos revelam avaliações que remetem para oportunidades de melhoria e que evidenciam uma preocupação transversal com as dotações de pessoal que as ERPI dispõem. O grupo Administrador/Gestor revela a pior avaliação (33%), logo seguidos pelos Enfermeiros (42%), pelos Outros Prestadores de Cuidados Diretos (36%) e pelos Assistentes Operacionais (52%). Possivelmente baseada no profundo conhecimento da estrutura, vislumbra-se nestes resultados

uma preocupação dos gestores com a manutenção de dotações seguras, face às necessidades de cuidados dos clientes.

Tabela 6 – Respostas dos grupos de função na dimensão “pessoal”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	2	1	3	
	% total	3%	1%	4%	33%
Enfermeiro	N	7	5	12	
	% total	9%	7%	16%	42%
Assistente Operacional	N	15	16	31	
	% total	20%	21%	41%	52%
Outros Prestadores de Cuidados Diretos	N	7	4	11	
	% total	9%	5%	15%	36%
Administrativo	N	1	0	1	
	% total	1%	0%	1%	0%
Outra Função	N	3	14	17	
	% total	4%	19%	23%	82%

A dimensão “conformidade com os procedimentos”, geralmente com resultados menos favoráveis, apresenta também uma variabilidade significativa entre os Administradores/gestores e os profissionais cuja função está mais próxima dos clientes. Com efeito, os resultados de todos os grupos remetem para oportunidades de melhoria. Os Administradores/Gestores obtiveram a taxa de respostas positiva mais favorável (67%), seguidos do grupo Outra Função (53%). Num patamar com respostas positivas abaixo dos 50% surgem os grupos Enfermeiro (42%), Assistente Operacional (39%) e Outros Prestadores de Cuidados Diretos (36%).

Estes resultados revestem-se de todo o interesse para os gestores das ERPI. Apesar da generalidade dos itens do presente estudo apresentarem resultados favoráveis, as respostas dos grupos profissionais mais próximos dos clientes e relacionados com a atividade clínica remetem para défices importantes em aspetos fundamentais da qualidade dos cuidados.

Tabela 7 – Respostas dos grupos de função na dimensão “conformidade com os procedimentos”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	1	2	3	
	% total	1%	3%	4%	67%
Enfermeiro	N	7	5	12	
	% total	9%	7%	16%	42%
Assistente Operacional	N	19	12	31	
	% total	<u>25%</u>	16%	41%	39%
Outros Prestadores de Cuidados Diretos	N	7	4	11	
	% total	9%	5%	15%	36%
Administrativo	N	1	0	1	
	% total	1%	0%	1%	0%
Outra Função	N	8	9	17	
	% total	11%	12%	23%	53%

Também na dimensão “formação e capacitação da equipa” se revela a variabilidade na percentagem de respostas positivas dos diferentes grupos, evidenciando-se as diferentes perspetivas do mesmo problema. O grupo Outra Função é o único com avaliação favorável (88%). No patamar das oportunidades de melhoria estão os grupos Administradores/Gestores (67%), Assistentes Operacionais (55%) e Outros Prestadores de Cuidados Diretos (55%). O grupo Enfermeiros com uma taxa de respostas positivas muito desfavorável (17%), incorpora uma oportunidade urgente de melhoria.

Tabela 8 – Respostas grupos de função na dimensão “formação e capacitação da equipa”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	1	2	3	
	% total	1%	3%	4%	67%
Enfermeiro	N	10	2	12	
	% total	13%	3%	16%	17%
Assistente Operacional	N	14	17	31	
	% total	19%	23%	41%	55%
Outros Prestadores de Cuidados Diretos	N	5	6	11	
	% total	7%	8%	15%	55%
Administrativo	N	0	1	1	
	% total	0%	1%	1%	100%
Outra Função	N	2	15	17	
	% total	3%	20%	23%	88%

Relativamente à dimensão “resposta não punitiva ao erro”, é também evidente a diferença da avaliação entre o grupo Administrador/Gestor (67%) e os restantes grupos mais próximos dos clientes e relacionados com a prestação clínica, com valores de respostas

positivas abaixo dos 50%. Neste patamar negativo surge a avaliação dos grupos Outros prestadores de Cuidados Diretos (45%), Assistente Operacional (35%), Enfermeiro (25%) e Outra Função (24%).

Tabela 9 – Respostas grupos de função na dimensão “resposta não punitiva ao erro”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	1	2	3	
	% total	1%	3%	4%	67%
Enfermeiro	N	9	3	12	
	% total	12%	4%	16%	25%
Assistente Operacional	N	20	11	31	
	% total	27%	15%	41%	35%
Outros Prestadores de Cuidados Diretos	N	6	5	11	
	% total	8%	7%	15%	45%
Administrativo	N	0	1	1	
	% total	0%	1%	1%	100%
Outra Função	N	13	4	17	
	% total	17%	5%	23%	24%

Em relação à dimensão “transmissão de informação na passagem de turno”, regista-se a transversalidade da avaliação favorável. Nesta dimensão, o grupo Administrador/Gestor obteve a melhor taxa de respostas positivas (100%), seguido pelo grupo Outra Função (94%) e pelo grupo Enfermeiro (92%). Noutro patamar, surgem os grupos Outros Prestadores de Cuidados Diretos (82%) e Assistente Operacional (81%).

Tabela 10 – Respostas grupos de função na dimensão “transmissão de informação na passagem de turno”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	0	3	3	
	% total	0%	4%	4%	100%
Enfermeiro	N	1	11	12	
	% total	1%	15%	16%	92%
Assistente Operacional	N	6	25	31	
	% total	8%	33%	41%	81%
Outros Prestadores de Cuidados Diretos	N	2	9	11	
	% total	3%	12%	15%	82%
Administrativo	N	0	1	1	
	% total	0%	1%	1%	100%
Outra Função	N	1	16	17	
	% total	1%	21%	23%	94%

A dimensão “feedback e comunicação sobre a existência de incidentes” revela também um índice muito bom de respostas positivas dos diferentes grupos profissionais. As avaliações mais favoráveis verificam-se nos grupos Administrador/gestor, ambos com 100%, seguidos pelos grupos Assistente Operacional (97%), Outros Prestadores de Cuidados Diretos (91%) e Enfermeiros (83%).

Tabela 11 – Respostas grupos de função na dimensão “feedback e comunicação sobre a existência de incidentes”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	0	3	3	
	% total	0%	4%	4%	100%
Enfermeiro	N	2	10	12	
	% total	3%	13%	16%	83%
Assistente Operacional	N	1	30	31	
	% total	1%	40%	41%	97%
Outros prestadores de Cuidados Diretos	N	1	10	11	
	% total	1%	13%	15%	91%
Administrativo	N	0	1	1	
	% total	0%	1%	1%	100%
Outra	N	0	17	17	
	% total	0%	23%	23%	100%

Em relação à dimensão “abertura à comunicação”, apesar da variabilidade dos resultados nas respostas positivas dos diferentes grupos, destaca-se as avaliações transversalmente desfavoráveis.

O grupo Outra Função revela o índice menos desfavorável (40%), seguido dos grupos Administrador/Gestor (33%), Assistente Operacional (26%), Outros Prestadores de Cuidados Diretos (18%) e Enfermeiros (8%).

Tabela 12 – Respostas grupos de função na dimensão “abertura à comunicação”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	2	1	3	
	% total	3%	1%	4%	33%
Enfermeiro	N	11	1	12	
	% total	15%	1%	16%	8%
Assistente Operacional	N	23	8	31	
	% total	32%	11%	43%	26%
Outros Prestadores de Cuidados Diretos	N	9	2	11	
	% total	12%	3%	15%	18%
Administrativo	N	0	1	1	
	% total	0%	1%	1%	100%
Outra Função	N	9	6	15	
	% total	12%	8%	21%	40%

No que se refere à dimensão “expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente”, apesar de alguma variabilidade, verifica-se uma avaliação francamente favorável. A maior taxa de respostas positiva é obtida pelo grupo Administrador/Gestor (100%), seguido pelo grupo Outra Função (94%). Num nível mais baixo surgem os grupos Assistente Operacional (81%), Outros Prestadores de Cuidados Diretos (80%) e Enfermeiros (75%).

Tabela 13 – Respostas grupos de função na dimensão “expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	0	3	3	
	% total	0%	4%	4%	100%
Enfermeiro	N	3	9	12	
	% total	4%	12%	16%	75%
Assistente Operacional	N	6	25	31	
	% total	8%	34%	42%	81%
Outros Prestadores de Cuidados Diretos	N	2	8	10	
	% total	3%	11%	14%	80%
Administrativo	N	0	1	1	
	% total	0%	1%	1%	100%
Outra Função	N	1	16	17	
	% total	1%	22%	23%	94%

A dimensão “percepção geral da segurança do cliente” apresenta habitualmente valores muito favoráveis nos múltiplos estudos. O presente estudo mantém o referido padrão de avaliação favorável, revelando taxas de respostas positivas superiores a 90% em todos os grupos.

Os grupos Administrador/Gestor e Outra Função obtiveram 100% de respostas positivas, seguidos dos grupos Assistente operacional (97%), Enfermeiro (92%) e Outros Prestadores de Cuidados Diretos (91%).

Tabela 14 – Respostas grupos de função na dimensão “percepção geral da segurança do cliente”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	0	3	3	
	% total	0%	4%	4%	100%
Enfermeiro	N	1	11	12	
	% total	1%	15%	16%	92%
Assistente Operacional	N	1	30	31	
	% total	1%	40%	41%	97%
Outros Prestadores de Cuidados Diretos	N	1	10	11	
	% total	1%	13%	15%	91%
Administrativo	N	0	1	1	
	% total	0%	1%	1%	100%
Outra Função	N	0	17	17	
	% total	0%	23%	23%	100%

No que concerne à dimensão “apoio da gestão para a segurança do cliente”, verifica-se uma considerável variabilidade nas taxas de respostas positivas entre os diferentes grupos. Se por um lado os grupos Administrador/Gestor apresentam 100% de respostas positivas, por outro, os grupos Outros Prestadores de Cuidados Diretos (64%) e Assistentes Operacionais (61%) constituem oportunidades de melhoria. O grupo Enfermeiro (42%), ao obter uma taxa inferior a 50%, evidencia uma necessidade urgente de melhoria.

Tabela 15 – Respostas grupos de função na dimensão “apoio da gestão para a segurança do cliente”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	0	3	3	
	% total	0%	4%	4%	100%
Enfermeiro	N	7	5	12	
	% total	10%	7%	16%	42%
Assistente Operacional	N	12	19	31	
	% total	16%	26%	42%	61%
Outros Prestadores de Cuidados Diretos	N	4	7	11	
	% total	5%	10%	15%	64%
Administrativo	N	0	1	1	
	% total	0%	1%	1%	100%
Outra Função	N	0	16	16	
	% total	0%	22%	22%	100%

Quanto à dimensão “aprendizagem organizacional”, verifica-se também alguma variabilidade. Os grupos Outra Função (82%) e Assistente Operacional (81%) obtêm a

avaliação mais favorável. Com respostas positivas inferiores a 75%, os grupos Outros Prestadores de Cuidados Diretos (73%), Administrador/Gestor (67%) e Enfermeiro (58%) constituem oportunidades de melhoria.

Tabela 16 – Respostas grupos de função na dimensão “aprendizagem organizacional”

Função		Respostas Negativas e Neutras	Respostas Positivas	Total	% Respostas positivas / função
Administrador/Gestor	N	1	2	3	
	% total	1%	3%	4%	67%
Enfermeiro	N	5	7	12	
	% total	7%	9%	16%	58%
Assistente Operacional	N	6	25	31	
	% total	8%	33%	41%	81%
Outros prestadores de Cuidados Diretos	N	3	8	11	
	% total	4%	11%	15%	73%
Administrativo	N	0	1	1	
	% total	0%	1%	1%	100%
Outra Função	N	3	14	17	
	% total	4%	19%	23%	82%

A tabela 17 sintetiza os resultados da avaliação da CSC na perspetiva dos diferentes grupos profissionais.

Deve ser lembrado o facto de este estudo apresentar um número reduzido de respondentes nas funções de administradores/gestores e de administrativo.

Tendo em conta a média de respostas positivas dos diferentes grupos quanto à sua função nas estruturas no conjunto das 12 dimensões e não considerando o grupo Administrativo, verificamos que os resultados mais favoráveis são revelados pelo grupo outra função (79%) e pelos administradores/gestores (78%). Por outro lado, apesar dos resultados positivos, verifica-se avaliações menos favoráveis nos grupos dos assistentes operacionais (65%), nos outros prestadores de cuidados diretos (62%) e, por fim, dos enfermeiros (55%).

Analisando os dados até aqui revelados, verifica-se que em todos os domínios, a avaliação dos colaboradores mais próximos dos clientes é menos favorável que a dos administradores ou de outros profissionais com menor contacto. Também Banaszak-Holl et al., (2017) identificam esta variabilidade nas estruturas dos EUA. Nessa linha, tanto Banaszak-Holl et al., (2017) como Desmedt et al., (2018) concluem que a avaliação do pessoal auxiliar e de toda a equipa clínica é menos favorável que a dos restantes profissionais das estruturas. Evidencia-se assim a importância de os estudos sobre a CSC avaliarem também a ótica profissional.

Comparadas as médias das respostas por função, conclui-se que existem diferenças ao nível da média. Todavia, essas diferenças só se revelam estatisticamente significativas nas dimensões “formação e capacitação da equipa” e “apoio da gestão para a segurança do cliente” nas quais o grupo Enfermeiros obtém pontuações mais baixas e o grupo Administradores revela pontuações mais altas.

O grupo Enfermeiros, com uma apreciação menos favorável na CSP, revela os mais baixos resultados de respostas positivas, com uma média de 55% nas 12 dimensões. Neste grupo merece destaque as apreciações desfavoráveis nas dimensões “pessoal” (42%), “conformidade com os procedimentos (42%), “formação e capacitação da equipa” (17%), resposta não punitiva ao erro (25%), “abertura para a comunicação” (8%) e “apoio da gestão para a segurança do cliente (42%).

Tal como preconiza Bondevik (2017), estes resultados podem constituir uma ferramenta importante para os enfermeiros gestores planearem e implementarem intervenções dirigidas, não só aos itens às dimensões com necessidades de melhoria, como também aos grupos profissionais cujas avaliações da CSC são menos favoráveis.

Tabela 17 - Síntese relativa à Função

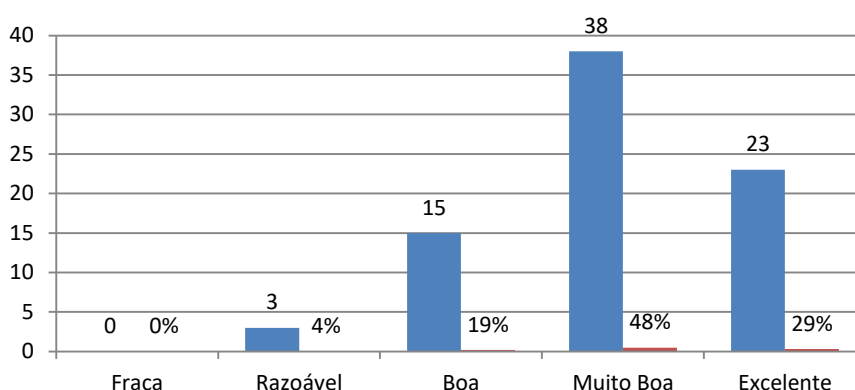
Dimensão	Administrador Gestor	Enfermeiro	Assistente Operacional	Outros prestadores de cuidados diretos	Administrativo	Outra Função
Trabalho em Equipa	100%	83%	71%	73%	100%	88%
Pessoal	33%	42%	52%	36%	0%	82%
Conformidade com os Procedimentos	67%	42%	39%	36%	0%	53%
Formação e Capacitação da Equipa	67%	17%	55%	55%	100%	88%
Resposta não punitiva ao erro	67%	25%	35%	45%	100%	24%
Transmissão de informação na passagem de turno	100%	92%	81%	82%	100%	94%
Feedback e comunicação sobre a existência de incidentes	100%	83%	97%	91%	100%	100%
Abertura para a comunicação	33%	8%	26%	18%	100%	40%
Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente	100%	75%	81%	80%	100%	94%
Perceção geral da segurança do cliente	100%	92%	97%	91%	100%	100%
Apoio da gestão para a segurança do cliente	100%	42%	61%	64%	100%	100%
Aprendizagem Organizacional	67%	58%	81%	73%	100%	82%
Média	78%	55%	65%	62%	83%	79%

5.4 Avaliação Global das Estruturas

Relativamente à avaliação global das ERPI no que refere à segurança, como se pode verificar no gráfico 26, os inquiridos possuem uma perceção global muito favorável das estruturas onde trabalham. A maioria (48%, n=38) dos profissionais classifica a sua estrutura como muito boa, cerca de 29% (n=23) classifica-a como excelente, enquanto 19% dos inquiridos (n=15) vê a sua estrutura como boa. Apenas 4% (n=3) dos respondentes atribui uma avaliação razoável à sua estrutura. Nenhum dos inquiridos classificou a sua estrutura como fraca.

Estas apreciações são semelhantes às avaliações atribuídas pelos inquiridos por He et al., (2020), na China, mas revelam-se francamente mais favoráveis quando comparadas com o estudo da AHRQ (2019), nos EUA, nos quais apenas 59% dos respondentes classifica a sua estrutura como muito boa ou excelente. Por sua vez, no estudo belga de Desmedt et al., (2018) apenas 31% dos inquiridos avalia a sua estrutura como muito boa ou excelente. As apreciações dos profissionais das ERPI revelam-se também mais favoráveis que os resultados evidenciados nas UCCI, principalmente perante o estudo de Inácio (2014) no qual apenas 51% dos profissionais considera a sua unidade muito boa ou excelente.

Gráfico 26 – Avaliação global da estrutura



Na sequência dos dados anteriores e atendendo à tabela 18, confirmamos da opinião amplamente favorável dos profissionais das 3 ERPI envolvidas. Cerca de 90% dos inquiridos (n=71) diria aos seus amigos que a sua estrutura é segura para os seus familiares, enquanto 10% (n=8) afirma que talvez indicasse a sua estrutura para familiares dos seus amigos. Não se verificou qualquer resposta negativa relativa a esta pergunta. Neste estudo, a percentagem de inquiridos que recomendaria a sua estrutura a amigos é superior à dos estudos de AHRQ (2019), nos EUA com 73%, de Desmedt et al., (2018), na Bélgica, com 78% e de Inácio

(2014), com cerca de 74%. Neste item, o estudo de Santos (2015) revela que 93% dos inquiridos recomendaria a sua estrutura a amigos.

Tabela 18 – Recomendação da estrutura a amigos

	Sim	Talvez	Não
Eu diria aos meus amigos que esta estrutura é segura para os seus familiares?	71	8	0
	90%	10%	0%

5.5 Consistência Interna

Neste estudo, para aferir a fiabilidade da escala de avaliação utilizou-se o Alpha de Cronbach (medida da consistência interna de uma escala), utilizado como uma estimativa da fiabilidade do questionário aplicado à amostra de inquiridos (n=79).

Para os 42 itens do questionário (com escala de *likert* de 5 itens), obteve-se um Alpha de Cronbach de 0,888, correspondendo a uma boa consistência interna.

Os 18 itens que compõem a secção A revelaram uma consistência interna aceitável obtendo um Alpha de Cronbach de 0,728. Por sua vez, a secção B, com 11 itens, obteve um Alpha de Cronbach de 0,847, correspondendo a uma consistência interna boa. Também a secção C, com 3 itens, revelou uma consistência interna boa, obtendo um Alpha de Cronbach de 0,814. Por último, para os 10 itens que compõem a secção D, obteve-se um Alpha de Cronbach de 0,824, correspondendo, igualmente, a uma consistência boa interna.

Tabela 19 - Estatísticas de confiabilidade de todas as secções do questionário

Secção	Nº de Itens	Alpha de Cronbach
A	18	,728
B	11	,847
C	3	,814
D	10	,824
Total	42	,888

6. CONCLUSÕES

Sabemos que a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados nas ERPI manter-se-á na primeira linha das preocupações nas instituições focadas, não só nos cuidados centrados na pessoa, como também no seu próprio desenvolvimento e sustentabilidade. O presente estudo desenvolveu-se por acreditarmos que a SP constitui uma dimensão com ampla margem de melhoria nas ERPI e que a promoção de uma CS forte influencia favoravelmente a SP e a qualidade dos cuidados. Acreditamos também que a avaliação da CSP é, em si, uma intervenção promotora da segurança e que poderá constituir o primeiro passo para a identificação de áreas de melhoria da qualidade dos cuidados.

O desenvolvimento da RIL antes da realização do presente estudo possibilitou a análise de um conjunto de estudos nacionais e internacionais sobre a CSP e constituiu uma base bibliográfica a partir da qual se projetou a restante pesquisa. Essa revisão, além de permitir a apresentação do correspondente artigo no 10º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e a sua publicação no livro *“New Trends in Qualitative Research (2021)”*, constituiu uma importante ferramenta na definição de muitos conceitos e na perceção da amplitude geral da investigação sobre a CSP em instituições para pessoas idosas.

À semelhança de outros estudos sobre a CSP, os resultados aqui obtidos evidenciam uma perspetiva otimista de todos os respondentes nos aspetos globais da avaliação da segurança do residente. A “perceção geral da segurança do residente” foi a dimensão com o resultado mais favorável neste estudo, com índice de respostas positivas superior a 90%. Além disso, as dimensões “feedback e comunicação sobre a existência de incidentes”, “transmissão de informação nas passagens de turno”, “expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente”, “trabalho de equipa” e “aprendizagem organizacional”, com taxas de respostas positivas superiores a 75%, evidenciam-se como pontos fortes da CSP nas três ERPI. Considerando os desafios das ERPI na área dos recursos humanos e as exigências físicas e emocionais nos cuidados à pessoa idosa, a taxa de respostas positivas de 76% na dimensão “trabalho de equipa” merece especial relevo e remete para uma perspetiva favorável quanto à SP e à qualidade dos cuidados prestados nestas estruturas.

A manutenção dos pontos fortes da CSP revelados neste estudo será importante na estratégia dos enfermeiros gestores num plano de melhoria da SP e, consequentemente, da qualidade dos cuidados. Porém, uma abordagem ampla e sustentada não poderá deixar de considerar as dimensões cujos resultados evidenciam oportunidades de melhoria.

As dimensões “conformidade com os procedimentos” e “resposta não punitiva ao erro” obtiveram os piores resultados com índices de respostas positivas inferiores a 50% e, nessa medida, constituem oportunidades emergentes de melhoria. Contrastando com a avaliação global da segurança dos residentes, os resultados desfavoráveis nestas dimensões, além das necessárias intervenções no âmbito dos processos e ao nível do pessoal, determinam o abandono da filosofia punitiva e o estabelecimento de medidas preventivas do erro.

Enquanto indicador importante na CSP, a dimensão “pessoal” reflete a perceção dos colaboradores quanto à intensidade de trabalho e à própria qualidade dos cuidados. Com taxa de respostas positivas ligeiramente superior a 50%, a dimensão “pessoal” revela também uma ampla margem de melhoria e remete para uma atenta intervenção dos enfermeiros gestores. Parece fundamental desenvolver os pontos fortes dos elementos da equipa, promover uma maior e melhor comunicação multiprofissional entre os diferentes níveis da estrutura e um ambiente não punitivo que facilite, não só a partilha e a notificação do erro, mas também a aprendizagem organizacional.

Com resultados intermédios de respostas positivas, as dimensões “formação e capacitação da equipa”, “abertura para a comunicação” e “apoio da gestão para a segurança do cliente” incorporam ainda margens consideráveis de melhoria, devendo também ser alvo de intervenções dirigidas. De facto, a complexidade inerente à população das ERPI associada à intensidade do trabalho nestas estruturas exigem a participação de colaboradores capacitados com formação adequada, para salvaguarda da qualidade dos cuidados e da segurança dos residentes.

Sublinhamos ainda que, em contraste com a perspetiva otimista nos aspetos globais da avaliação da segurança do residente, o estudo revela inquietantes resultados nos itens relacionados com os processos e de carácter mais executivo. Os resultados sugerem que os colaboradores das ERPI estudadas apresentam uma dissociação entre a perceção global da segurança da sua estrutura, como revelam as respostas muito favoráveis ao item “D 8. Esta estrutura é um lugar seguro para o residente”, e a perceção relativa a aspetos processuais e executivos, como por exemplo os resultados desfavoráveis no item “A 8. Os profissionais têm de realizar tarefas rapidamente porque têm muito trabalho”.

Os enfermeiros gestores deverão também valorizar as variações das classificações de CSP reveladas neste estudo no que se refere às funções desempenhadas nas estruturas. Com efeito, os grupos cuja função corresponde a “enfermeiro”, “assistente operacional” e “outros prestadores de cuidados diretos” revelam classificações significativamente menos favoráveis que os restantes grupos estudados. Além disso, os enfermeiros, enquanto grupo com a perspetiva mais pessimista quanto à SP, evidenciam resultados significativamente negativos

nas dimensões “abertura para a comunicação”, “resposta não punitiva ao erro” e “formação e capacitação da equipa”. Tratando-se dos grupos profissionais mais próximos dos utentes, cujas funções estão diretamente relacionadas com a prestação direta de cuidados, é fundamental perceber as preocupações, as expectativas e as necessidades neste nível da estrutura numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança dos utentes.

O desenvolvimento deste estudo decorreu num período de grande exigência profissional, com necessidade de diversas transferências entre instituições para fazer face a necessidades relacionadas com a pandemia COVID-19. Além disso, as reservas e renitências evidenciadas por algumas ERPI quando lhes foi solicitada autorização para aplicação do questionário, condicionou e atrasou o desenvolvimento dos trabalhos.

São várias as limitações deste estudo. Refira-se que apenas foram estudadas três estruturas do distrito de Lisboa. Este reduzido número de estruturas, além de não abranger todas as diferentes tipologias existentes no país, impede que os resultados alcançados possam ser considerados como representativos da realidade das ERPI em Portugal. Por sua vez, o reduzido número de participantes em cada uma das estruturas, não representa toda a população e condiciona a sua representatividade no que se refere à avaliação da CSP por parte de cada grupo profissional.

A natureza das dimensões com avaliações menos favoráveis remete para a necessidade do recurso à metodologia qualitativa de modo a aprofundar os motivos de tais resultados. Portanto, é fundamental o desenvolvimento de futuros estudos, com recurso a diferentes abordagens metodológicas e com maiores e mais completas amostras. Será também importante que futuros estudos possam aprofundar os conhecimentos na relação entre a CSP e os resultados nos residentes das ERPI.

O desenvolvimento do presente estudo sobre a CSP, sendo o primeiro a ser realizado nas ERPI, poderá ser importante na ação dos enfermeiros gestores. Além de permitir uma melhor visão das organizações, poderá suportar a definição e aplicação de novos processos que promovam a CSP e a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados, em benefício dos pacientes, da organização e dos próprios enfermeiros.

O enfermeiro gestor, beneficiando do seu posicionamento na estrutura organizacional e partindo da avaliação sistemática dos serviços prestados ao cliente, poderá estar na génese de um novo paradigma da segurança dos residentes em ERPI, concebendo e liderando projetos e intervenções com um grande alcance na SP e na melhoria da qualidade dos serviços prestados perante uma população vulnerável e cada vez mais necessitada de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abusalem, S., Polivka, B., Coty, M., Crawford, T., Furman, C., & Alaradi, M. (2019). The relationship between culture of safety and rate of adverse events in long-term care facilities. *Journal of Patient Safety*, 1–6. DOI: 10.1097/pts.0000000000000587.
- Adriaenssens, J., Hamelink, A., & Bogaert, P. (2017). Predictors of occupational stress and well-being in first-Line nurse managers: A cross-sectional survey study. *International journal of nursing studies*, 73, 85–92. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2017.05.007.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2008) *Preliminary Comparative Results: Nursing Home Patient Safety Culture*. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/nhsurvey08/nhprelim08.htm>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2010). *Nursing home survey on patient safety culture: Background and Information for Translators*. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/nursing-home/resources/infotransNHSOPS.pdf>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2019). *Nursing home survey on patient safety culture: User Dtabase Report*. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/2019-nhsops-dbreport-parti.pdf>.
- Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R. & Fonseca, C. (2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos, *Revista de Enfermagem Referência*, 141–149.
- Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P. B., Jesus, É., & Araújo, B. (2020). RN4CAST study in Portugal: Validation of the portuguese version of the practice environment scale of the nursing work index. *Aquichan*, 20(3), 1–10. DOI:10.5294/aqui.2020.20.3.8.
- Anunciada, S. & Lucas, P. (2021). Ambiente de Prática de Enfermagem em Contexto Hospitalar: Revisão integrativa, Revisão sistemática da literatura. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 145-154. Ludomedia: Aveiro. ISBN:978-989-54759-2-6. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154>
- Auraan, A., Slawomirski, L. & Klazinga, N. (2018), *The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind*, *OECD Health Working Papers*, No. 106, Paris, OECD, Disponível em: <https://doi.org/10.1787/baf425ad-en>
- Backes, D. S., & Büscher, A. (2016). Qualidade do cuidado na perspectiva da rede alemã de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 6 (1/4), 77–81. DOI:10.21675/2357-707x.2015.v6.n1/4.582.
- Banaszak-Holl, J., Reichert, H., Todd Greene, M., Mody, L., Wald, H. L., Crnich, C., Meddings, J. (2017). Do safety culture scores in nursing homes depend on job role and ownership? Results from a national survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(10), 2244–2250.

- Bernardo, D. & Lucas, P. B. (2020). Satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 822-832. Ludomedia: Aveiro. ISBN: 978-989-54759-2-6. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.822-832>.
- Bienassis, K., Llena-Nozal, A. & Klazinga, N. (2020). *The economics of patient safety Part III: Long-term care: Valuing safety for the long haul. OECD Health Working Papers*, (121), 0_1, 4-11, 17-99. Disponível em: <https://search.proquest.com/docview/2449675912?accountid=31533>.
- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Husebø, B. S., & Deilkås, E. C. T. (2017). Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–11. DOI: 10.1186/s12913-017-2387-9.
- Bonner, A., Castle, N., Men, A. & Handler, S. (2009). Certified nursing assistants perceptions of nursing home patient safety culture: Is there a relationship to clinical outcomes? *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(1), 11–20. DOI: 10.1016/j.jamda.2008.06.004.
- Buljac-Samardžić, M. & Van Woerkom, M. (2018). Improving quality and safety of care in nursing homes by team support for strengths use: A survey study. *PLoS ONE*, 13(7), 1–17. DOI: 10.1371/journal.pone.0200065.
- Carvalho, L.; Bernardo, M.; Sousa, I. & Negas, M. (2015) *Gestão das Organizações - Uma abordagem integrada e prospetiva*. (2ªed.) Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). A eficácia da prática do enfermeiro líder clínico – Revisão sistemática da literatura. *Millenium*, 2(11), 57-64. DOI: 10.29352/mill0211.06.00274.
- Castle, N., Perera, S., Ferguson, J., Handler, S. & Wagner, L. (2011). Comparing the safety culture of nursing homes and hospitals. *Journal of Applied Gerontology*, 30(1), 22–43. DOI: 10.1177/0733464809353603.
- Chen, J., Ramalhal, T., & Lucas, P. (2019). Ambiente de prática de enfermagem e a satisfação dos enfermeiros em contexto hospitalar: Uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 23, 29-42.
- Cho, E., Kim, H., Chang, S. J., Kim, H., & Kim, J. (2020). Exploring nurses' perceptions of nursing home care in south korea: A qualitative study. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 22(2), 85–94. DOI:10.17079/jkgn.2020.22.2.85
- Clemens, S., Wodchis, W., McGilton, K., McGrail, K., & McMahon, M. (2021). The relationship between quality and staffing in long-term care: A systematic review of the literature 2008–2020. *International Journal of Nursing Studies*, 122, 104036. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2021.104036.
- Conselho da União Europeia (2009). Recomendação do conselho sobre a segurança dos pacientes. *Jornal Oficial da União Europeia*. 151/1–151/6.
- Correia, T., Martins, M. M., & Forte, E. (2020). Gestão de enfermagem: Áreas prioritárias na segurança de profissionais e clientes. *Revista de Enfermeria ROL Suplemento Digital*, 43(1), 507–513. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/338676663>.

- Coutinho, C. (2015). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Damery, S., Flanagan, S., Rai, K., & Combes, G. (2017). Improving safety in care homes: Protocol for evaluation of the Walsall and Wolverhampton care home improvement programme. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–10. DOI:10.1186/s12913-017-2013-x.
- Damery, S., Flanagan, S., Jones, J., Nayyar, P. & Combes, G. (2019). Improving safety in care homes: Evaluation of the safer provision and caring excellence (SPACE) Programme Final Evaluation Report, 1–130.
- Deandrea, S., Bravi, F., Turati, F., Lucenteforte, E., La Vecchia, C., & Negri, E. (2013). Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(3), 407–415.
- Desmedt, M., Petrovic, M., Beuckelaere, P., Vandijck, D. (2018). Assessing resident safety culture in six nursing homes in belgium, *Journal of Patient Safety* (00). DOI: 10.1097/PTS.0000000000000476.
- Despacho n.º 1400-A/2015 (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, Diário da República, 2.ª série (N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015), 3882-(2) - 3882-(10).
- Despacho n.º 5613/2015 (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, Publicado no Diário da República n.º 102/2015, Série II (de 2015-05-27), 13550 – 13553.
- Despacho n.º 9390/2021 (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Publicado no Diário da República n.º 187/2021, Série II (de 2021-09-24), 96 – 103.
- Dias, A., Martins, E., & Haddad, M. (2014). Instrumento para avaliação da qualidade do Time de Resposta Rápida em um hospital universitário público. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 700–707. DOI:10.1590/0034-7167.2014670505.
- DiCuccio, M. (2015) The relationship between patient safety culture and patient outcomes, *Journal of Patient Safety*: (11) 3. 135-142. DOI: 10.1097/PTS.0000000000000058.
- Direção Geral de Saúde (2015). Norma 003/2015 de 11/03/2015: Avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2018). Norma 005/2018 de 20/02/2018: Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Diz, A. M. & Lucas, P. B. (2020). Cultura de segurança num serviço de urgência: perceção dos profissionais de saúde - Revisão sistemática da literatura. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 909-919. Ludomedia: Aveiro. ISBN:978-989-54759-2-6. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.909-919>

- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.
- Dubois, C.; D'Amour, D.; Tchouaket, E.; Rivard, M.; Clarke, S. & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*. 12, 1-15.
- Finnbakk, E., Skovdahl, K., Wangensteen, S. & Fagerström, L. (2020). "It's not for amateurs!" - Registered nurses' experiences of their clinical competence when Caring for elderly patients. *International Journal for Human Caring*, 24(3), 184–196. DOI:10.20467 / HumanCaring-D-19-00044.
- Fradique, M. (2012). *Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã. Recuperada da base de dados: Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(10), 45–53. DOI: 10.12707/riiii12133.
- Gama, Z. & Saturno, P. (2013) A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Org.), *Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática*. (pp.29-39) Brasília: ANVISA.
- Gartshore, E., Waring, J., & Timmons, S. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 752. DOI: 10.1186/s12913-017-2713-2.
- Gede, I., Yupin, A. & Joko, G. (2021). A concept analysis of quality nursing care. *Journal of Korean Academic of Nursing*. 51(4), 430–442. DOI:10.4040/jkan.21075.
- Grimley, K. A. (2017). Never assume : The search for shared descriptions of quality nursing care, *Nurse Leader*. 413–418. DOI:10.1016/j.mnl.2017.08.005.
- Grove, S., Sutherland, S. & Gray, J. (2017) *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence*. (8th Ed.), Missouri: Elsevier.
- Hall, L., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. & O'Connor, D. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A Systematic review. *New Journal Introducing*. DOI:10.1371/journal.pone.0159015.
- Harada, M. & Pedreira, M. (2013). O erro humano e a sua prevenção. In Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Org.), *Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática*.(pp.41-55) Brasília: ANVISA.
- He, H., Yu, P., Li, L., Xiao, X., Long, Y., Wang, L., ... Li, Y. (2020). Patient safety culture and obstacles to adverse event reporting in nursing homes. *Journal of Nursing Management*. DOI: 10.1111/jonm.13098.
- Huber, D. L. (2006) - *Leadership and nursing care management* (4^a ed.). Filadélfia: Saunders Elsevier. ISBN: 978-1-4160-5984-4.

- Hughes, R. G. (2018). Overview of patient safety and quality of care. Introduction to Quality and Safety Education for Nurses, (2nd Ed.): Core Competencies for Nursing Leadership and Management. <https://doi.org/10.1891/9780826123855.0001>
- Inácio, M. (2014). Cultura de Segurança nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, na perspetiva do Enfermeiro Gestor. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Recuperada da base de dados: Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.
- Institute of Medicine - Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press (US).
- Kérrouac, S. (1994). *Le pensée infirmière: conceptions et stratégies*. Québec: Maloine.
- Kowalski, S. L., Anthony, M., (2017) Nursing's evolving role in patient safety american. *Journal of Nursing*: 117(2). 34-48. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000512274.79629.3c.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, Diário da República n.º 181/2015, Série I (de 2015-09-16), 8059 - 8105.
- Li, H., Yang, Y., Xiao, L., Wiley, J., Chen, H., Liao, L.....Feng, H. (2021). Quality of care in Hunan Province nursing homes: relationship to staffing and organizational climate. *Geriatric Nursing*, 42(2), 427–432. DOI:10.1016/j.gerinurse.2021.02.011.
- Li, Y., Cen, X., Cai, X., & Temkin-Greener, H. (2019). Perceived patient safety culture in nursing homes associated with “nursing home compare” performance indicators. *Medical Care*, 57(8), 641–647. DOI: 10.1097/MLR.0000000000001142.
- Lucas, P., Jesus, E., Almeida, S., & Araújo, B. (2021). Validation of the psychometric properties of the practice environment scale of nursing work index in primary health care in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). 6422-6433. DOI:10.3390/ijerph18126422.
- Lucas, P. & Nunes, E. (2020). Ambiente da Prática de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Revisão Scoping. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190478 1–8. DOI:10.1590/0034-7167-2019-0479.
- Marquis, B. & Huston, C. (2012) *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. (7^a Ed.). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- McDonald, R. & Waring, J. (2014) Creating a safety culture: Learning from theory and practice. In Waternson, P. (Ed.), *Patient safety culture: theory, methods and application*. (pp.119-138). Surrey: Ashgate.
- McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K., & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 7–19. DOI:10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x.
- Mendes, C. & Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 32. 197-205. DOI: 10.1016/j.rpsp.2014.06.003.

- Mitchell, P.; Ferketich, S. & Jennings, B. (1998) Quality health outcomes model. *The Journal of Nursing Scholarship*. 30(1), 43-46.
- Nakrem, S., Vinsnes, A. G., & Seim, A. (2011). Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1357–1366. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2011.05.012.
- Nieva, V. & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety Health Care*, 12 (2), ii17-ii23.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Lusociência: Loures.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2021). *20 anos de relatórios de primavera: Recursos de aprendizagens*. Acedido em: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2021/06/rp-2021v2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2006) *Tomada de posição sobre a investigação em enfermagem*: (n.d.), 1–4.
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional (2010). *Parecer do Conselho Jurisdicional 248 sobre as condições do exercício*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional do Sul (2016). *Estruturas residenciais para idosos: Cuidados com segurança: um desafio emergente*. Lusodidata: Loures;
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level (March).
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 1, 1–29. DOI:10.1017/CBO9781107415324.004.
- Organização Mundial da Saúde (2019). Relatório do Diretor-Geral - *Segurança do paciente. Ação global sobre segurança do paciente*, OMS.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem pratica para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>.
- Park, B. H., Hong, E.Y., Lim, S.O., & Lee, G.S. (2015). Patient safety culture, attitude toward falls, and fall prevention activities of care workers in long-term care facilities. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 17(3), 166–174. DOI: 10.17079/jkgn.2015.17.3.166.

- Peršolja, M. (2021). The quality of nursing care as perceived by nursing personnel : Critical incident technique, *Journal of Nursing Management*, 432–441. DOI:10.1111/jonm.13180.
- Polit, D. & Beck, C. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Portaria 67/2012 de 21 de março. Define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas. Diário da República n.º 58/2012, Série I de 2012-03-21.
- Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa., Lisboa. Recuperada do Repositório da Universidade de Lisboa.
- Quintana, K. (2019). Cultural diversity and inclusion in health care. In Yoder-Wise, P. (2019). *Leading and Managing in Nursing* (7ª Ed.) Canadá, Elsevier.
- Regulamento n.º 76/2018 (2018). *Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão*, Diário da República, 2.ª série, N.º21 – 30 de janeiro de 2018, 3478 - 3487.
- Regulamento n.º 101/2015 (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*, Diário da República, 2.ª série, N.º48 – 10 de março de 2015, 5948 - 5052.
- Regulamento n.º 743/2019 (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*, Diário da República n.º 184/2019, 2ª Série, N.º184 – 25 de setembro de 2019, 128 - 155.
- Reis, C., Paiva, S., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660–677. DOI:10.1093/intqhc/mzy080.
- Resende, J., Quaresma, G. & Lucas, P. (2021). A Cultura de Segurança em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 663-675. Ludomedia:Aveiro. ISBN: 978-989-53220-0-8. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675>.
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 89–100. DOI:10.12707/RIV16086.
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D. & Lackan, N. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 42 (2), 156–165. DOI:10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x.
- Santos, A. (2008). *Gestão estratégica – Conceitos, modelos e instrumentos*. isbn: 9789725922293, Escolar Editora.
- Santos, S. (2015). *A cultura de segurança do cliente nas unidades de cuidados continuados integrados* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Recuperada da base de dados: Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

- Schmalbach, C. (2015). Patient safety/quality improvement (PS/QI): Florence Nightingale Prevails. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*, 152(5), 771–773. DOI:10.1177/0194599815577604.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H. T. O., & Marshall, M. N. (2003). Implementing culture change in health care: Theory and practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(2), 111–118. DOI:10.1093/intqhc/mzg021.
- Simmons, S., Schnelle, J., Sathe, N., Slagle, J., Stevenson, D., Carlo, M. & McPheeters, M. (2016). Defining safety in the nursing home setting: Implications for future research. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(6), 473–481. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.03.005.
- Slawomirski, L. & Auraen A. (2017). The economics of patient safety - Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level: Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD; 2017. *OECD Health Working Papers*, (96). DOI:10.1787/5a9858cd-en.
- Tuinman, A., De Greef, M. H. G., Finnema, E. J., & Roodbol, P. F. (2021). A systematic review of the association between nursing staff and nursing-sensitive outcomes in long-term institutional care. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3303–3316. DOI:10.1111/jan.14840.
- União Europeia (2009). Recomendação do Conselho da União Europeia sobre a segurança dos pacientes. *Jornal Oficial da União Europeia* de 03.07.2009, C 151/1.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: UNESCO.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. (2ª ed.). Lisboa. Edições Sílabo, Lda.
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 287–300. DOI:10.1016/j.ijnss.2018.04.010.
- World Health Organization. (2009). More than words: Conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva: WHO. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
- World Health Organization. (2013). *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*. Geneva: WHO. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Exploring+patient+participation+in+reducing+health-care-related+safety+risks#0>.
- World Health Organization (2017). *Patient safety: Making health care safer*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2019). *Medication safety in transitions of care*. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/en/>.
- World Health Organization. (2019). Patient safety fact file: Patient safety and risk management service delivery and safety. *World Health Organization*, (REPORT), 10.

Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en.

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Towards eliminating avoidable harm in health care*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>.

World Medical Association (2013). *Declaration of helsinki ethical principles for medical research involving human subjects*. Brazil: WMA General Assembly.

Yoder-Wise, P. (2019). *Leading and managing in nursing* (7ª Ed.) Canadá, Elsevier.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*, da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2008)

José Pedro Rocha Resende

E-mail: jrese@live.com

Caro(a) colaborador (a) do (Instituição)

José Pedro Rocha Resende, enfermeiro e mestrando na área de especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho respeitosamente, convidá-lo a participar no estudo de investigação, subordinado ao tema **“A Cultura de Segurança do Paciente em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”**.

A segurança do residente, enquanto paradigma de qualidade, constitui uma preocupação crescente nas estruturas para pessoas idosas não só em Portugal mas também a nível internacional. Este conceito assume-se como uma prioridade máxima e um caminho incontornável para a prestação de cuidados de qualidade.

Este questionário diz respeito à prevenção de lesões, incidentes e danos aos residentes da Estruturas Residencial. O objetivo geral do estudo é analisar o grau de segurança do residente nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas percecionado pelos colaboradores.

A participação neste estudo permitirá um conhecimento mais profundo sobre a cultura de segurança do residente nas estruturas residenciais. Como tal, a sua realização depende da sua colaboração, pelo que solicito a resposta a todas as questões, tendo em atenção as instruções de preenchimento. As suas respostas são confidenciais e anónimas, sendo desnecessária qualquer identificação.

Desde já, agradeço a sua colaboração e o tempo disponibilizado para o preenchimento do questionário em anexo. Os resultados do estudo serão colocados à disposição de todos.

José Pedro Rocha Resende

Lisboa, abril de 2021

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não sabe/Não se aplica
Qual o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações?						
1. Nesta estrutura os profissionais relacionam-se com respeito.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐
2. Nesta estrutura os profissionais apoiam-se mutuamente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐
3. Nesta estrutura existem profissionais suficientes para assegurar a quantidade de trabalho.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐
4. Os profissionais cumprem as normas e os procedimentos na prestação de cuidados.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐
5. Os profissionais sentem que fazem parte de uma equipa.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐
6. Os profissionais recorrem a "atalhos" que permitem executar o seu trabalho mais rapidamente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐
7. Os profissionais recebem a formação que necessitam para trabalhar nesta estrutura.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐
8. Os profissionais têm de realizar as tarefas rapidamente porque têm muito trabalho.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐
9. Quando um profissional tem sobrecarga de trabalho, recebe ajuda de outros.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐
10. Os profissionais são culpabilizados quando algum residente sofre um dano.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐
11. Os profissionais têm formação suficiente para lidar com residentes difíceis.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐
12. Os profissionais têm medo de notificar os seus	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	9 ☐

SECÇÃO C: O Superior Hierárquico

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não se aplica
Qual o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações?						
1. O meu superior hierárquico ouve ideias e sugestões dos profissionais sobre a segurança do residente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
2. O meu superior hierárquico elogia os profissionais que seguem os procedimentos corretos.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
3. Nesta estrutura, o meu superior hierárquico presta atenção aos problemas de segurança do residente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐

SECÇÃO D: A sua estrutura

	Discordo Fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente	Não se aplica
Qual o seu grau de concordância ou discordância com as seguintes afirmações?						
1. Nesta estrutura, os residentes são bem cuidados.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
2. Os gestores questionam os profissionais sobre formas de como a estrutura pode melhorar a segurança do residente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
3. Nesta estrutura, permite-se que os mesmos erros se repitam várias vezes.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
4. Nesta estrutura é fácil fazer mudanças para melhorar a segurança do residente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
5. Esta estrutura está continuamente a tomar medidas para melhorar a segurança do residente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
6. Esta estrutura realiza um bom trabalho para manter a segurança do residente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
7. Os gestores ouvem ideias e sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do residente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
8. Esta estrutura é um lugar seguro para o residente.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
9. Os gestores visitam frequentemente a estrutura para verificarem o modo como o residente é cuidado.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
10. Quando esta estrutura implementa alterações para melhorar a segurança do residente, há a verificação da sua eficácia.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐

SECÇÃO E : Avaliação global

1. Eu diria aos meus amigos que esta estrutura é segura para os seus familiares.

- ☐ a) Sim
☐ b) Talvez
☐ c) Não

2. Por favor, atribua a esta estrutura uma avaliação global quanto à segurança do residente.

Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa	Excelente
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

SECÇÃO F: Informação Geral

1. Qual a sua função nesta estrutura? Escolha a opção que melhor se aplica ao seu trabalho. Se exercer mais do que uma função, considere a de nível mais elevado.

- ☐ a) Administrador/Gestor
Diretor Técnico
Enfermeiro Coordenador Piso

- ☐ e) Outros prestadores de Cuidados Diretos
Terapeuta ocupacional
Fisioterapeuta /Ter^a da Fala
Assistente Social
Psicólogo

- ☐ b) Médico

- ☐ f) Administrativo
Assistente Administrativo
Secretário
Recursos humanos

- ☐ c) Enfermeiro
Enfermeiro
Enfermeiro especialista

- ☐ g) Outra (por favor, indique a sua função ou cargo):

- ☐ d) Assistente Operacional

2. Há quanto tempo trabalha nesta Unidade?

☐ a) Menos de 2 meses

☐ d) 3 a 5 anos

☐ b) 2 a 11 meses

☐ e) 6 a 10 anos

☐ c) 1 a 2 anos

☐ f) mais de 10 anos

3. Quantas horas, normalmente, trabalha por semana nesta estrutura?

☐ a) 15 ou menos horas por semana

☐ b) 16 a 24 horas por semana

☐ c) 25 a 40 horas por semana

☐ d) mais de 40 horas semanais

4. Quando trabalha mais frequentemente? Assinale uma resposta.

☐ a) Dia

☐ b) Tarde

☐ c) Noite

5. Ao trabalhar para esta estrutura é pago por uma empresa externa de recrutamento?

☐ a) Sim

☐ b) Não

6. Nesta estrutura, trabalha a maior parte do tempo diretamente com o residente? Assinale uma resposta.

☐ a) Sim, trabalho diretamente com o residente a maior parte do tempo

☐ b) Não, não trabalho diretamente com o residente a maior parte do tempo.

7. Nesta estrutura, onde dedica maior parte do tempo? Assinale apenas uma resposta.

☐ a) Diferentes áreas ou unidades/Nenhuma área ou unidade específica

☐ b) Unidade de Alzheimer / Demência

☐ c) Unidade de Reabilitação

☐ d) Enfermaria

☐ e) Outra área ou unidade (por favor, especifique): _____

8. Sexo

☐ a) Feminino

☐ b) Masculino

9. Idade: ____anos

SECÇÃO G : Comentários

Por favor, sinta-se à vontade para deixar aqui os comentários que considere oportunos acerca dos cuidados e segurança do residente nesta estrutura.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO II- Autorização das ERPI para Aplicação do Questionário / Realização do Estudo

