



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOS CUIDADOS DE
SAÚDE PRIMÁRIOS: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS
GESTORES**

**INCIDENT REPORTING IN PRIMARY HEALTH CARE:
PERCEPTION OF NURSE MANAGERS**

DISSERTAÇÃO

Ana Margarida de Almeida Fernandes

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOS
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS:
PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS GESTORES

Dissertação orientada pelo Professor
Doutor Carlos Vilela e coorientada pela
Professora Doutora Elisabete Borges.

Porto, 2024

FRASE

Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças.

Charles Darwin

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese ao meu pai, que sempre foi uma fonte de força e inspiração para mim. Ele ensinou-me a importância de deixar uma marca positiva em cada caminho que percorro.

AGRADECIMENTO

Este período de dois anos foi muito intenso, pois além de me ter tornado mãe pela segunda vez, também enfrentei este percurso académico. Sem o apoio do meu marido, teria sido impossível. Agradeço imenso ao Leandro e às minhas filhas pelo suporte, mesmo nos momentos em que estive mais ausente. Não posso deixar de expressar minha gratidão à minha família mais alargada – irmã, mãe, sogra, primas, tios e cunhada – que foram verdadeiros pilares no apoio à gestão familiar.

Agradeço ao Professor Doutor Carlos Vilela e à Professora Doutora Elisabete Borges pelo constante apoio, orientação, disponibilidade e motivação ao longo deste estudo. Este trabalho só foi possível graças à sua total colaboração e empenho, sempre acompanhados de palavras de incentivo, estando presentes até nos momentos de maior desânimo.

Aos meus colegas de trabalho da USF Escariz, que considero uma segunda família, e em especial à equipa de enfermagem, que foi fantástica ao cobrir as minhas ausências, o meu profundo agradecimento. Sem o apoio incrível desta equipa, tudo teria sido muito mais difícil.

Aos meus colegas de curso, de modo geral, e em particular à Paula, ao Pedro e à Carla, agradeço pelo suporte e companheirismo maravilhosos.

Agradeço também a todos os enfermeiros que participaram no estudo.

A todas estas pessoas, o meu muito obrigada!

RESUMO

A notificação de incidentes é uma ferramenta fundamental na identificação de riscos e vulnerabilidades, garantindo a segurança e a melhoria contínua nas instituições de saúde. Nos Cuidados de Saúde Primários, a subnotificação de incidentes é uma realidade, e ainda pouco explorada por estudos neste contexto.

Com estes pressupostos, desenvolveu-se um estudo que teve como objetivos: conhecer a perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão sobre a notificação de incidentes nos Cuidados de Saúde Primários; identificar os fatores que influenciam essa notificação; descrever as estratégias utilizadas na gestão da notificação; e descrever como estes profissionais consideram ser a abordagem mais eficaz para melhorar a notificação de incidentes.

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, com recurso a entrevistas semiestruturadas para a recolha da informação, em que participaram doze enfermeiros que exerciam funções de gestão em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Para o tratamento da informação recorremos à análise de conteúdo, segundo Bardin (2022).

A análise resultou em quatro categorias: perceção sobre notificação de incidentes, fatores que influenciam a notificação, estratégias de gestão da notificação e perspetivas de melhoria. Da primeira, foram identificadas quatro subcategorias: sistemas de notificação, de supervisão, de subnotificação e de encaminhamento para instâncias superiores. Os fatores que influenciam a notificação, incluiu cinco subcategorias: consciencialização, *feedback*, sobrecarga de trabalho, défice de conhecimento e medo de repercussões. Já as estratégias de gestão foram agrupadas em três subcategorias: participação no processo de trabalho, cultura de segurança organizacional e acessibilidade. Por fim, a perspetiva de melhoria destacou quatro subcategorias: formação dos profissionais, otimização das plataformas, política organizacional e ambiente de trabalho seguro e saudável.

É reconhecida a importância da notificação de incidentes para aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Assim, é essencial intensificar o investimento na promoção de uma cultura de segurança e de notificação de incidentes. O enfermeiro gestor desempenha um papel crucial na promoção de uma cultura de segurança, assegurando que as notificações sejam valorizadas e devidamente tratadas. O investimento em formação contínua e sistemas acessíveis é essencial para aumentar a eficácia da notificação de incidentes.

Palavras-chave: Enfermagem; Gestor de Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Segurança do Paciente; Qualidade dos Cuidados de Saúde

ABSTRACT

Incident reporting is a fundamental tool for identifying risks and vulnerabilities, ensuring safety and continuous improvement in healthcare institutions. In primary health care, the under-reporting of incidents is a reality, and one that has not yet been explored by studies in this context.

With this in mind, a study was carried out with the following aims: to find out the perceptions of nurse managers and specialist nurses in management roles about incident reporting in primary health care; to identify the factors that influence this notification; to describe the strategies used to manage reporting; and to describe what these professionals consider to be the most effective approach to improving incident reporting.

This is a qualitative, exploratory and descriptive study, using semi-structured interviews to gather information, from twelve nurses working in management roles in primary health care. Content analysis was used to process the information according to Bardin (2022).

The analysis resulted in four categories: perception of incident reporting, factors influencing reporting, strategies for managing reporting and prospects for improvement.

From the first, four sub-categories were identified: reporting systems, monitoring, under-reporting and referral to higher authorities. Factors influencing reporting included five subcategories: awareness, *feedback*, work overload, lack of knowledge and fear of repercussions. Management strategies were grouped into three subcategories: involvement in the work process, organisational safety culture and accessibility, and the improvement perspective highlighted four subcategories: training of professionals, optimisation of platforms, organisational policy and safe and healthy working environment.

The importance of reporting incidents to improve the safety and quality of care is recognised. It is therefore essential to increase investment in promoting a culture of safety and incident reporting. The nurse manager plays a crucial role in promoting a culture of safety, by ensuring that reports are valued and acted upon appropriately. Investment in ongoing training and accessible systems is essential to increase the effectiveness of incident reporting.

Keywords: Nursing; Health Manager; Primary Health Care; Patient Safety; Quality of Health Care

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

CISD – Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

NI – Notificação de Incidentes

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD – Plano Nacional de Segurança dos Doentes

QSCare – Qualidade e Segurança nos Cuidados de Saúde

RISE – Rede de Investigação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SNNIEA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

UF – Unidade Funcional

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

artº - artigo

Dec – Decreto

E - Entrevistado

et al. - entre outros

Ed. – Editor

Eds. - Editores

n.º – número

p. – página

% - percentagem

Índice

INTRODUÇÃO	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1. Contexto de Trabalho nos Cuidados de Saúde Primários.....	25
1.2. Qualidade e Segurança nos Cuidados de Saúde Primários	29
1.3. Notificação de Incidentes.....	36
1.3.1. Barreiras à Notificação de Incidentes	43
1.3.2. Estratégias para a Melhoria da Notificação de Incidentes.....	45
1.3.3. O papel do Enfermeiro Gestor na Notificação de Incidentes.....	47
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	49
2.1. Finalidade	49
2.2. Questão de Investigação e Objetivos	49
2.3. Tipo de Estudo	50
2.4. Participantes	51
2.5. Técnica de Recolha de Informação.....	54
2.6. Procedimentos e Considerações Éticas.....	56
2.7. Tratamento da Informação.....	60
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO.....	63
3.1. Perceção sobre Notificação de Incidentes no Cuidados de Saúde Primários	64
3.2. Fatores que Influenciam a Notificação de Incidentes	68
3.3. Estratégias Implementadas para a Gestão da Notificação de Incidentes	75
3.4. Perspetiva de Melhoria da Notificação de Incidentes	79
CONCLUSÃO.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes	52
Tabela 2 – Notificação de Incidentes Relacionados com a Segurança do Doentes	54
Tabela 3 – Matriz Categorical	63
Tabela 4 – Perceção sobre Notificação de Incidentes nos Cuidados de Saúde Primários	64
Tabela 5 – Fatores que Influenciam a Notificação de Incidentes	68
Tabela 6 – Estratégias Implementadas para a Gestão da Notificação de Incidentes	76
Tabela 7 - Perspetiva de Melhoria da Notificação de Incidentes.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Visão Geral do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030	33
Figura 2 – Pilares do Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026	34
Figura 3 – Classificação dos Incidentes de Segurança do Doente.....	38

INTRODUÇÃO

A particularidade de cada ser humano, a visão individual ou coletiva que cada um tem em relação ao trabalho desenvolvido, os contextos de trabalho cada vez mais complexos, as novas teorias de gestão, os métodos de organização, as mudanças climáticas, a sustentabilidade, a digitalização e a inovação, e, ainda, as alterações demográficas, são alguns dos eventos com impacto significativo nos processos de trabalho e na saúde e segurança dos trabalhadores (Borges, 2023).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 tem como objetivo promover a melhoria contínua da segurança nos cuidados de saúde, através da implementação de estratégias eficazes para a prevenção de incidentes e a promoção de uma cultura de segurança entre os profissionais de saúde. A Notificação de Incidentes (NI) e Eventos Adversos desempenha um papel fundamental na prevenção do erro associado aos cuidados de saúde e na promoção da qualidade e cultura de segurança. A NI contribui para um ambiente onde a aprendizagem contínua e a melhoria são valorizadas, resultando em processos mais eficientes, cuidados de saúde de maior qualidade e um ambiente de trabalho mais seguro (Despacho n.º 9390/2021).

Segundo Alves et al. (2017), a subnotificação encontra-se amplamente presente nos serviços de saúde. Ainda, segundo os mesmos autores, envolver os profissionais de saúde no processo é fundamental para a sua eficiência. Desta forma, compreender a perceção dos profissionais de saúde e no contexto deste estudo de investigação, dos enfermeiros sobre a NI, pode ajudar a contribuir para melhorar o processo de notificação, melhorando também a adesão à notificação de incidentes, ou mesmo de eventos adversos.

A notificação de incidentes de segurança tem sido alvo das recomendações por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Comissão Europeia aos Estados-Membros, com o intuito de desenvolverem sistemas de notificação de incidentes seguros, separados dos sistemas de reclamações e/ou disciplinares que facilitem a aprendizagem com o erro e por inerência, sejam implementadas ações de melhoria. Estas organizações recomendam, ainda, que se garanta a

confidencialidade de quem notifica e o anonimato da informação contida na notificação (Lebre, et al., 2022).

O enfermeiro gestor tem um papel fundamental na implementação e promoção da segurança nos cuidados de saúde, especificamente no contexto da notificação de incidentes. De acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor da Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 101/2015), este profissional deve demonstrar competências de liderança e gestão estratégica, garantindo a aplicação de práticas seguras e a monitorização contínua de indicadores de qualidade e segurança. O enfermeiro gestor é responsável por promover uma cultura de segurança, facilitar o envolvimento da equipa na notificação e análise de incidentes, assim como implementar ações corretivas baseadas em dados.

Além disso, o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (Regulamento n.º 76/2018) da Ordem dos Enfermeiros, destaca que o enfermeiro gestor deve possuir competências avançadas na monitorização e melhoria de indicadores relacionados com a segurança do doente, como a taxa de eventos adversos e a adesão a protocolos de segurança. Estas competências são essenciais para a criação de um ambiente de trabalho mais seguro e para a promoção de uma prática clínica baseada em evidências.

Há uma clara motivação para o desenvolvimento de investigação no campo da NI, especialmente no contexto dos CSP. Poucos estudos foram realizados nesta área, particularmente no que diz respeito à NI e eventos adversos em CSP (Alves et al., 2017). Enquanto enfermeira especialista com funções de gestão nos CSP, onde os cuidados prestados à população são baseados em objetivos contratualizados e mensurados, são particularmente relevantes as questões relacionadas com a segurança do doente e a prestação de cuidados de alta qualidade. Com a evolução constante das exigências da população e a necessidade de rigor, nomeadamente quando se relacionam com processos de certificação (Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde português) de Unidades de Saúde Familiares (USF), a segurança do utente tornou-se uma área prioritária. A NI, sendo um elemento central para a

melhoria da qualidade dos cuidados, alinha-se com o quarto pilar do PNSD 2021-2026, que foca na "Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente", o que reforça a relevância do tema escolhido para esta investigação.

Este estudo de investigação enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), e integra o projeto "Qualidade e Segurança nos Cuidados de Saúde" - QSCare, ESEP/Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Rede de Investigação em Saúde (RISE).

Assume como finalidade contribuir para a consciencialização e melhoria da gestão da notificação de incidentes em contexto dos CSP, por parte dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão. Por conseguinte, desenvolveu-se um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo.

Com base na questão de investigação: "Qual a perceção dos Enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão sobre a notificação de incidentes nos cuidados de saúde primários?", foram definidos os seguintes objetivos:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão sobre a notificação de incidentes nos Cuidados de Saúde Primários;
- Identificar quais os fatores que influenciam a notificação de incidentes, nos Cuidados de Saúde Primários, na perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão;
- Descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão, na gestão da notificação de incidentes;
- Descrever, na perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão, como consideram ser a abordagem mais eficaz para melhorar a notificação de incidentes.

Este documento encontra-se organizado em três capítulos. O primeiro, integra o enquadramento teórico onde se aborda o contexto de trabalho nos CSP, a qualidade e segurança nesta área, a NI e o papel do enfermeiro gestor na NI. No segundo capítulo, são apresentadas as opções metodológicas, nomeadamente, a finalidade da investigação, questão de investigação, tipo de estudo, participantes, técnicas de recolha de investigação, procedimentos e considerações éticas, assim como o tratamento da informação. No terceiro capítulo é realizada a análise e discussão da informação. Seguem-se as principais conclusões, incluindo as limitações e as implicações do estudo para a melhoria do processo de notificação de incidentes no contexto dos CSP. O documento finaliza com a apresentação das referências bibliográficas

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A investigação é a base de qualquer conhecimento científico, sendo que o conhecimento só faz sentido se for partilhado (Néné & Sequeira, 2022). Neste capítulo apresentam-se os conceitos centrais relacionados com a temática em estudo, organizados em subcapítulos.

1.1. Contexto de Trabalho nos Cuidados de Saúde Primários

A compreensão do contexto do trabalho nos CSP em Portugal é importante para compreender o ambiente em que os profissionais de saúde desempenham as suas funções e os desafios que estes enfrentam. Esta ideia assume maior relevo uma vez que estes contextos, se encontram em constante mudança.

Uma das mais recentes mudanças verificadas, surge após a publicação do Decreto-Lei n.º 102/2023, através do qual os CSP passam a ter uma nova reorganização decorrente da reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este Decreto-Lei tem como objetivo a reestruturação das entidades públicas empresariais, integradas no SNS, adotando-se o modelo de organização e funcionamento através de Unidades Locais de Saúde (ULS). Este facto provocou, ao mesmo tempo, a extinção das Administrações Regionais de Saúde, Agrupamentos de Centros de Saúde e Centros hospitalares (Decreto-Lei n.º 102/2023).

O modelo organizativo agora generalizado tem precedentes com cerca de 20 anos de evolução, com a primeira ULS, a ULS de Matosinhos, a ser constituída através do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho. Já depois desta, outras foram sendo criadas entre 1999 e 2023.

Deste modo, observa-se, atualmente, um movimento de reorganização do SNS, com o objetivo final de organizar as respostas em saúde centradas no cidadão. A integração dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), hospitais e centros hospitalares no modelo das ULS representa uma qualificação da resposta do SNS, simplificando processos e incrementando a

articulação entre equipas de profissionais de saúde, com ênfase na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados. Este modelo aumenta a autonomia na gestão, melhora a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, além de maximizar o acesso ao SNS. Adicionalmente, entende-se que tal integração promove maior eficiência na gestão dos recursos públicos, garantindo e respeitando o papel fundamental da participação dos municípios no planeamento, organização e gestão das respostas em saúde para a população de uma determinada área geográfica, potencializando a proximidade e a gestão em rede. Esta alteração visa: a prestação integrada de CSP e hospitalares; a consolidação dos cuidados de saúde primários, para garantir uma resposta de proximidade; e, a continuidade na assistência em saúde e a promoção da saúde (Decreto-Lei n.º 102/2023).

Atualmente, está a ocorrer o processo de mudança política e de reforma do SNS. No entanto, para se entender estas mudanças é necessário ter em consideração a evolução dos CSP. De uma forma sintética elencam-se, de seguida, alguns marcos importantes que são necessários relembrar.

A última reforma dos CSP teve início em 2005, em que a principal mudança esteve centrada na reconfiguração dos Centros de Saúde, baseando-se em princípios que possibilitassem a otimização e a sustentabilidade do SNS, assegurando a qualidade dos cuidados prestados dentro de um sistema de melhoria contínua. Os princípios que fundamentaram essa mudança foram: (i) orientação para a comunidade; (ii) flexibilidade organizacional e de gestão; (iii) desburocratização; (iv) trabalho em equipa; (v) autonomia e responsabilização; (vi) melhoria contínua da qualidade; (vii) contratualização e avaliação. O processo de mudança para esta nova geração de centros de saúde envolveu: (i) a constituição de Unidades de Saúde Familiar (USF); (ii) a associação de Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS); (iii) a criação de outras unidades funcionais nos ACeS; (iv) a introdução de um novo modelo de gestão; (v) a instituição da governação clínica; (vi) a reorganização dos serviços de suporte; (vii) a informatização completa dos serviços e a

desmaterialização da maioria dos suportes para a prática (Biscaia & Heleno, 2017).

De acordo com a legislação, os ACeS são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, descentralizados das respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS), mas sob sua direção. Eles são compostos por várias unidades funcionais e têm a missão de garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica. Estas unidades funcionais incluem: as USF e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, dedicadas aos cuidados médicos e de enfermagem personalizados; e as Unidades de Saúde Pública. Esta última unidade, atua como observatório de saúde na área geodemográfica do ACeS, responsável pela elaboração de informação e planos em saúde pública, vigilância epidemiológica, assim como gestão de programas de prevenção, promoção e proteção da saúde da população. Existem, ainda outras unidades funcionais, tais como: as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, que incluem assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros, fornecendo serviços de consultoria assistencial para todas as outras unidades funcionais; e, as Unidades de Cuidados na Comunidade, oferecendo cuidados de saúde, apoio psicológico e social domiciliário e comunitário (Biscaia & Heleno, 2017; Decreto-Lei n.º 253/2012; Portaria n.º 273/2009; Despacho n.º 10319/2014; Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

O trabalho desenvolvido nos CSP responde, hoje, a um conjunto de objetivos contratualizados e mensurados da prestação de cuidados à população. Todos os anos são publicados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) documentos relacionados com a operacionalização da contratualização Interna nos CSP. Estes documentos têm por base a portaria publicada de indicadores aprovados para a avaliação de desempenho das equipas. A última portaria publicada foi a Portaria n.º 411-A/2023, de 5 de dezembro. Tem-se verificado, através de páginas oficiais do governo, tal como o Bilhete de Identidade dos CSP (BI-CSP) (Ministério da Saúde, 2017) que traduz a produção dos CSP, que o custo com medicamentos tem aumentado, principalmente associado a aumento de doenças crónicas como a diabetes e a

hipertensão, que se pode justificar com o aumento da esperança média de vida (Instituto Nacional de Estatística, 2023). Estes factos, ao mesmo tempo, levam também a uma sobrecarga nos profissionais de saúde que prestam cuidados nos CSP.

Com o aumento das exigências das Unidade Funcionais de prestação de CSP, os enfermeiros que atualmente desenvolvem a sua atividade profissional nos CSP são profissionais cada vez mais diferenciados. Estes investem na sua formação e encontram-se despostos para as questões relacionadas com a qualidade da prestação de cuidados aos utentes.

Com a evolução, o rigor e a exigência da população, muitas Unidades Funcionais (UF) elevaram os seus padrões de qualidade na prestação de cuidados. Esta evolução está relacionada com a candidatura das USF, na sua maioria, ao Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde português, que é gerido pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde (Departamento da Qualidade na Saúde, 2023a). Este fator foi determinante para, especificamente, muitas destas equipas multiprofissionais desenvolvessem os seus mecanismos internos de NI, para dar resposta a alguns standards obrigatórios do processo de certificação (Departamento da Qualidade na Saúde, 2023b).

Neste campo, a fim de possibilitar o acesso a um sistema nacional de notificação de incidentes, a Direção-Geral da Saúde (DGS) disponibiliza o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA - Segurança do Doente, conforme estabelecido na Norma n.º 017/2022 de 19/12/2022 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022). É de salientar que esta plataforma tem vindo a apresentar melhorias constantes, com as alterações que foram efetuadas na plataforma tornam agora possível o reporte, a análise, a gestão e a monitorização dos incidentes, levando à implementação efetiva de medidas de melhoria e/ou corretivas para situações que gerem dano, real ou potencial. Todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS devem possuir uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança do doente. Estas estruturas devem assumir os seguintes

objetivos: desenvolver uma cultura de segurança; promover a notificação de incidentes de segurança do doente, visando a aprendizagem com o erro de forma não punitiva; gerir e analisar os incidentes; implementar medidas corretivas e/ou de melhoria para prevenir novos incidentes (DGS, 2022).

1.2. Qualidade e Segurança nos Cuidados de Saúde Primários

A qualidade em saúde é um campo amplo e multidisciplinar, que contempla aspetos que vão desde a prestação de cuidados de saúde até a gestão, incluindo processos de melhoria contínua. Após pesquisa bibliográfica, verifica-se que não existe uma definição de “qualidade” que seja universalmente aceite. Contudo, há um entendimento comum e partilhado de conceitos básicos e dimensões da definição (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020).

Na comunidade mundial da saúde, a definição de qualidade do Instituto de Medicina, dos Estados Unidos da América, tem sido amplamente adotada. Esta definição estabelece o objetivo fundamental de influenciar positivamente os resultados em saúde, tanto a nível individual quanto populacional, destacando a importância central das evidências e dos conhecimentos profissionais. Segundo essa definição, qualidade é a medida em que os serviços de saúde prestados aos utentes e às populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados desejados na saúde e que são coincidentes com os atuais conhecimentos dos profissionais (*Institute of Medicine*, 2001; OMS, 2020).

Segundo o Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde (OMS, 2020), que consiste numa abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, os cuidados de saúde de qualidade podem-se definir de várias maneiras. É cada vez mais consensual que os serviços de saúde de qualidade devem ser: eficazes com prestação de cuidados de saúde baseados na evidência; seguros, não prejudicando os indivíduos a quem são prestados os cuidados; e, centrados nas pessoas, de forma que os cuidados sejam efetuados dando resposta às preferências, necessidades e valores das pessoas. No entanto, para que os benefícios dos cuidados de saúde de

qualidade sejam reais, os cuidados de saúde terão de ser: oportunos, diminuindo os tempos de espera; equitativos; integrados, com cuidados coordenados em todos os níveis da prestação de cuidados e disponibilizando serviços de saúde ao longo da vida; e, eficientes, utilizando os recursos disponíveis na sua vertente máxima sem desperdício (OMS, 2020).

A nível nacional a qualidade em saúde iniciou-se de forma mais sistemática pelo Despacho n.º 14223/2009, com a publicação do primeiro plano de Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014. Mais tarde, é elaborado o plano de Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que se encontra aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, onde a qualidade e a segurança no sistema de saúde surge como um dever ético. Aqui assume-se que a qualidade e a segurança contribuem, definitivamente, para a redução dos riscos, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, para a inovação, para a equidade e para o respeito pelos cuidados que são prestados. A qualidade em saúde, é aqui “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 n.º 5613/2015, p. 13551).

Ainda, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 estabelece como uma prioridade a segurança dos doentes, enquadrada num contexto de política pública de luta contra os incidentes de segurança relacionados à prestação de cuidados de saúde, tendo em conta a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009 (Despacho n.º 5613/2015). Segundo este Despacho, está demonstrado que as unidades de saúde que descuidam a cultura interna de segurança e, naturalmente, o investimento em boas práticas clínicas, têm um risco dez vezes maior de ocorrência de incidentes. Deste modo, defende que uma das prioridades é o reforço na segurança dos doentes através de duas ações principais: implementar os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente, assim como aumentar os mecanismos para melhorar as respostas ao

reporte de efeitos adversos e acidentes em cuidados de saúde (Despacho n.º 5613/2015).

No decorrer da 72ª Assembleia Mundial da Saúde, organizada pela OMS (2019), no âmbito da segurança do doente, foi reiterado o princípio de “Primeiro não causar danos”. Neste sentido, é necessário promover e melhorar a segurança dos doentes em todos os sistemas de saúde, especialmente ao nível dos CSP. Posteriormente, a OMS publicou, em 2020, o *relatório Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance*, onde se encontra referida a importância dos sistemas de notificação de incidentes para minimizar os danos e prevenir a sua ocorrência no futuro, aprendendo com o erro ao longo de todo o processo.

O PNSD 2021-2026, publicado através do Despacho n.º 9390/2021, está alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030. À medida que os países trabalham para atingir a cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os benefícios de um acesso ampliado aos serviços de saúde podem ser prejudicados por cuidados inseguros. Os incidentes relacionados com a segurança do doente podem resultar em morte e invalidez, além de causar sofrimento às vítimas e às suas famílias. Os custos económicos associados às falhas de segurança são elevados e, frequentemente, diminuem a confiança da população nos sistemas de saúde locais quando esses incidentes são conhecidos.

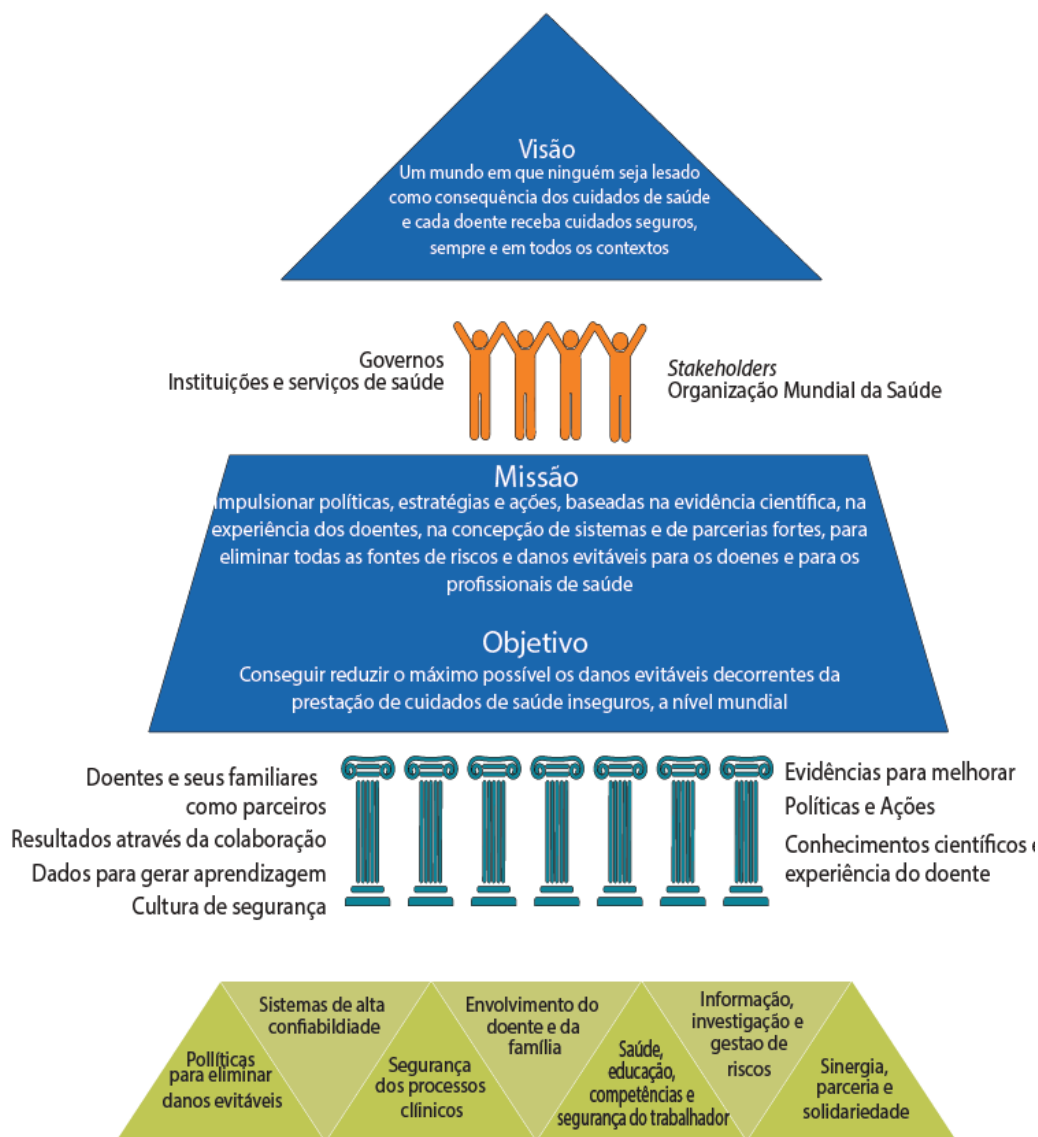
Também, os profissionais de saúde envolvidos em eventos graves, ou seja, que resultam em morte ou danos significativos a um doente, podem ter um sofrimento psicológico de longa duração e sentimentos profundos de culpa e autocritica, sendo vistos na atualidade por segundas vítimas – no que se refere à ocorrência de eventos adversos (Wu, 2000; Scott et al., 2009, 2010; Seys et al., 2013). As vantagens de se ter uma abordagem estratégica coordenada para a segurança do doente, abordando causas comuns de danos e abordagens para evitá-los, foram reconhecidos pelos responsáveis políticos e líderes de saúde de todo o mundo.

A consciência global dos últimos anos culminou, em 2019, na adoção da resolução WHA72.6 sobre “Ação global para a segurança do doente”, pela 72^a Assembleia Organização Mundial da Saúde. A aprovação desta resolução compôs uma medida intermediária notável de esforços globais para tomar medidas coordenadas na área da segurança do doente e na redução dos encargos causados aos doentes pelos cuidados de saúde pouco seguros. A resolução pedia ao Diretor-Geral da OMS a formulação de um plano de ação global para a segurança do doente em parceria com os Estados-Membros de diversos parceiros e outras organizações. Em resposta a esta resolução de passar a um compromisso global com ações tangíveis, a OMS lançou em fevereiro de 2020 a iniciativa emblemática «Década da Segurança do Doente 2020-2030». Na 74^a Assembleia Mundial da Saúde (2021) foi aprovada a Decisão WHA74(13) de adotar o Plano de Ação Global para a Segurança do doente 2021-2030, e o compromisso de apresentar os progressos alcançados na execução deste plano nas Assembleias Mundiais de Saúde, todos os dois anos até 2031 (Sousa et al., 2023).

O plano de ação global para a segurança do doente oferece uma estrutura que auxilia os países na elaboração dos seus próprios planos nacionais de segurança do doente. Além disso, facilita a harmonização dos instrumentos estratégicos existentes para aprimorar a segurança do doente em todos os programas clínicos e de saúde relacionados. A visão geral do plano encontra-se esquematizada na Figura 1.

Figura 1

Visão Geral do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030



Global Patient Safety Action Plan 2021–2030

Nota. Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021–2023 (Trabalho original publicado pela Organização Mundial de Saúde, WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021–2023), Sousa, P. (Coord.), Marinho, A. C., Fonte, B. F., Palos, C., Mendes, C., Bordalo, I., Lobão, M. J., & Ramos, S. (Trad.). (2023). Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA Lisboa. Copyright 2024.

Alinhado com estas medidas internacionais, em Portugal, o PNSD 2021-2026 é revisto e atualizado, a cada cinco anos, sendo uma ferramenta imprescindível para promover e fortificar a segurança dos utentes no SNS. Este deve ser

entendido como um instrumento de apoio a: gestores de topo, lideranças intermédias, Comissões de Qualidade e Segurança, gestores de risco, e profissionais de saúde, que carece de um envolvimento dinâmico de responsabilidade de governação, de modo a aumentar a segurança na prestação de cuidados de saúde, sendo o foco centrado no utente e seus cuidadores. Este plano, encontra-se dividido em cinco grandes pilares de atuação, apresenta objetivos a atingir, e estratégias para reduzir os incidentes e erros na área da saúde, visando aumentar a segurança dos utentes (Figura 2). No que se refere ao presente trabalho de investigação, situamo-lo no alinhamento com dois dos cinco pilares do PNSD 2021-2026, sendo estes, o da Cultura de Segurança e o da Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente (Despacho n.º 9390/2021).

Figura 2

Pilares do Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026



Nota. Infografia do PNSD 2021-2026, retida da página web da DGS, <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>. Copyright 2024.

Nesta linha, em 2022, a DGS criou um Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, em que a segurança do utente é uma prioridade de saúde pública e é um elemento integrante para a qualidade dos cuidados de saúde, que está sujeito ao “compromisso da liderança, da transparência, da comunicação, da aprendizagem com os erros, da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e de uma cultura de não culpabilização e de responsabilização” (Lebre et al., 2022, p. 22).

A qualidade em saúde é, de facto, um campo amplo e multidisciplinar. Ela abrange diversos aspetos relacionados à prestação de cuidados de saúde e à gestão dos processos, incluído os de melhoria contínua. A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde deve ser uma parte integrante do dia a dia dos profissionais de saúde e gestores das instituições. O objetivo de qualquer sistema de gestão da qualidade é fornecer serviços ao mais alto nível e oferecer cuidados de saúde de acordo com padrões de qualidade elevados. A existência de sistemas e processos de qualidade bem estabelecidos, incluindo políticas e procedimentos definidos, promoção de formação e melhorias nas estruturas das instituições de saúde, contribui para a redução de falhas e, consequentemente, de incidentes. Por outro lado, a presença de sistemas de qualidade deficientes e a falta de conformidade na prática aumentam a probabilidade de ocorrência de incidentes (Barroso et al., 2021).

Para garantir a qualidade nos cuidados de saúde é essencial investir nos profissionais de saúde, de forma a capacitá-los e incentivá-los para adotarem uma Cultura de Segurança do utente, pois, como afirmado por Melgarejo et al. (2019, p. 10), “o ser humano é o diferencial competitivo de cada instituição”. Assim, é fundamental o desenvolvimento de instrumentos padronizados para procedimentos clínicos, informação, indicadores de qualidade, monitorização, avaliação, formação e gestão dos serviços de saúde.

De acordo com a OMS (2021), ocorre um incidente evitável a cada dez utentes durante a utilização dos serviços de saúde. Nas últimas duas décadas, a segurança do doente tornou-se uma preocupação global, frequentemente

destacada pela imprensa, sendo um aspeto central na prática clínica e um elemento crucial na garantia de sistemas de saúde eficazes (Barroso et al., 2021). Ainda, segundo o mesmo autor, o conceito de Segurança do Doente está em constante evolução, e tanto os profissionais quanto as instituições de saúde têm a responsabilidade de promover cuidados de saúde seguros e um ambiente seguro. Isso inclui identificar e analisar prontamente possíveis falhas de segurança que exijam mudanças e a implementação de medidas de melhoria. Além disso, é exigida uma atitude humanizada e sincera por parte dos profissionais e instituições de saúde, tendo em conta que os doentes, famílias e cuidadores têm o direito de conhecer a verdade sobre seu processo de saúde (Barroso et al., 2021).

A notificação voluntária de incidentes em plataformas é uma das medidas implementadas em diversos países para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e prevenir incidentes (Sousa & Mendes, 2019). No entanto, mesmo após duas décadas, o medo de punição e culpabilização ainda persiste, tanto nacional quanto internacionalmente, tornando-se necessário criar mecanismos de proteção para as informações produzidas sobre a segurança do utente (Barroso et al., 2021).

Em Portugal, nos últimos anos, tanto a DGS quanto as instituições de saúde e, sobretudo, os profissionais de saúde, têm demonstrado uma crescente consciencialização sobre a importância da Cultura de Segurança do Doente. Apesar disso, ainda há um longo percurso a ser feito na promoção da segurança do doente nos diversos níveis de cuidados (Barroso et al., 2021).

1.3. Notificação de Incidentes

A notificação de incidentes é reconhecida como uma das ferramentas mais eficazes na identificação de riscos, perigos e vulnerabilidades nas instituições de saúde, facilitando a partilha de aprendizagem com os erros e, consequentemente, a implementação de ações de melhoria (Despacho n.º 5613/2015).

Tendo por base o Despacho n.º 9390/2021 (p. 99), que define a cultura de segurança numa instituição de saúde como "o conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do paciente", os sistemas de notificação são vistos como fundamentais para a melhoria da segurança e para isso devem cumprir uma ou mais das cinco funções principais, sendo elas: responsabilidade pública; resposta aos doentes e familiares envolvidos; alerta de comunicações; medidor de risco na área de saúde; e a base para aprendizagem e melhoria (OMS, 2021). A notificação de incidentes possibilita a identificação de falhas e erros no processo de prestação de cuidados de saúde, tendo como principal objetivo a aprendizagem organizacional, permitindo a aquisição, criação e aplicação de conhecimento válido sobre os riscos, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A aprendizagem derivada da notificação de incidentes torna-se mais significativa quando o foco da notificação abrange, não apenas os eventos adversos, mas também os *near miss* e as situações potencialmente perigosas para o utente (Lima, 2018). O relato do incidente representa a documentação de evidência do mesmo. Além disso, reportar um incidente que envolve um erro individual ou uma sequência de erros de uma equipa é um ato de coragem, mas também é um dever moral, ético e deontológico (Barroso et al., 2021).

De uma forma global, quatro em cada dez utentes sofrem danos em ambientes de CSP ou em ambulatório, enquanto recebem cuidados de saúde, dos quais até 80% são evitáveis (Slawomirski et al., 2018). Alguns dos erros mais graves estão relacionados com o diagnóstico, prescrição e uso de medicamentos. Nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), os danos aos utentes podem representar mais de 6% dos dias de internamento hospitalar e resultar em mais de 7 milhões de internamentos (Slawomirski et al., 2018).

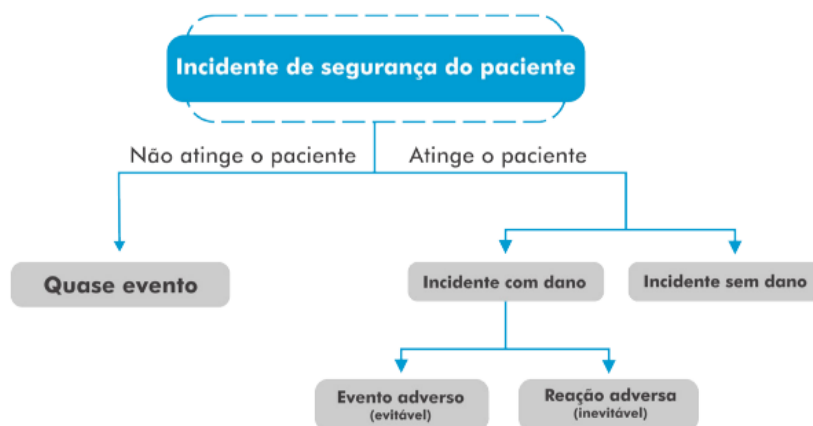
Para se entender o sistema de notificação também é importante ter presente os conceitos de incidentes de segurança do doente em três tipos — quase evento,

incidente sem dano, incidente com dano —, conforme definido na publicação da OMS “*conceptual framework for the International Classification for Patient Safety*” (DGS, 2011).

De forma a melhor se compreender a diferença entre estes três tipos de incidentes, os quase eventos (*Near Miss*) são um incidente que não atinge o doente; o incidente sem dano é aquele em que o evento atinge o doente, mas não resulta em dano perceptível; e o incidente com dano é um evento que resulta em dano para o doente. No que diz respeito a um incidente com dano, há diferenças entre um “evento adverso” que é um incidente que resulta em dano evitável para o doente; e uma “reação adversa” que é um dano inevitável, resultante de uma ação justificada e de um procedimento correto que por determinado contexto originou dano. De uma forma visual, na Figura 3 estão representados os três tipos de incidentes.

Figura 3

Classificação dos Incidentes de Segurança do Doente



Nota. Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente: Relatório Técnico e Orientações (7), Organização Mundial da Saúde. (2020). (F. A. Leite, Trad.) editora Mizuno (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>). Copyright 2024.

A estrutura concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD), quer fornecer uma compreensão geral neste âmbito, e tem como objetivo apresentar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, salientado a identificação do risco, a prevenção, a deteção, a redução do risco,

a recuperação do incidente e a resiliência do sistema. Esta estrutura é composta por 10 classes que correspondem a: tipo de Incidente; consequências para o doente; características do doente; características do incidente; fatores contribuintes/perigos; consequências organizacionais; deteção; fatores atenuantes do dano; ações de melhoria e ações para reduzir o risco (DGS, 2011).

A CISD (DGS, 2011) propõe uma taxonomia específica sobre o tema, com o intuito de estabelecer uma linguagem comum para facilitar a discussão e a pesquisa. A utilização uniformizada de conceitos relacionados com a Segurança do doente permite que todos os profissionais possam partilhar a mesma linguagem e compreender o que cada um quer dizer, o que contribui para que aqueles que investigam os incidentes entendam corretamente a descrição do ocorrido.

Em Portugal, a DGS, desde 2012, que implementou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), destinado à gestão de incidentes ocorridos nos serviços de saúde. Nesse sistema, tanto profissionais de saúde quanto o utente podem notificar incidentes relacionados com:

- Prestação de cuidados de saúde;
- Violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho;
- Utilização de dispositivos médicos perfurantes.

A construção desta plataforma teve como principal objetivo simplificar e melhorar o sistema de notificação. A plataforma é apresentada como anónima, confidencial e não punitiva, onde a notificação por parte do profissional de saúde ou do cidadão é voluntária. O seu principal objetivo é analisar as causas do incidente e desenvolver medidas para eliminar e evitar a repetição de situações que geram dano real ou potencial ao doente (DGS, 2012).

Em 2014, a DGS reformulou e reconfigurou o sistema SNNIEA, passando a designá-lo como Sistema Nacional de Incidentes – NOTIFICA. Este novo sistema manteve os princípios do anterior, continuando a ser uma plataforma

anónima, confidencial e não punitiva, com notificação voluntária, com o objetivo de promover a notificação entre os profissionais de saúde, fortalecer a gestão de riscos e implementar as alterações necessárias para prevenir ou mesmo eliminar a ocorrência de incidentes (Despacho nº 1400-A/2015).

Em 2022, a DGS emite a norma n.º 017/2022, Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente, que revoga a versão da Norma n.º 015/2014 de 25 de setembro, “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA”. A norma n.º 017/2022 tem como objetivo aperfeiçoar o processo de notificação e gestão de incidentes de segurança do doente, consolidado no PNSD 2021-2026 (DGS, 2022). Os incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde, atualmente são notificados num Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – Segurança do Doente - NOTIFICA, que deve ser facilmente acessível e amplamente divulgado entre os profissionais de saúde e os cidadãos (DGS, 2022). Esta norma orienta para os pontos fundamentais da notificação de incidente de segurança do doente. A mesma identifica o tipo de incidentes de segurança do doente que se pode notificar, em concordância com a Estrutura Concetual da CISD, sendo estes; acidentes do doente (quedas, úlceras por pressão, outros); comportamento (tanto da parte dos profissionais da instituição de saúde, como do doente); dieta/alimentação; dispositivos/equipamento médico; documentação (registos médicos ou de enfermagem, relatórios clínicos, outros); infeção associada aos cuidados de saúde; infraestrutura/edifício/instalações; medicação/fluídos intravenosos (medicamentos *Look alike, sound alike* - LASA, dose, preparação, outros); oxigénio/gás/vapor; processo/procedimento clínico (diagnóstico, avaliação, procedimento/tratamento, outros); processo administrativo (admissão, marcação, referência); recursos/gestão organizacional; e sangue/hemoderivados (DGS, 2022).

Este sistema deve apresentar como principais características a voluntariedade, anonimização, confidencialidade e não serem punitivos (Lebre et al., 2022). O conteúdo da informação que consta da notificação deve ser utilizado com o único fim de gestão e análise de incidentes de segurança do doente, tendo em

conta os princípios de anonimização, confidencialidade e não punibilidade do notificador e das pessoas envolvidas no incidente (Lebre et al., 2022).

A adesão à notificação pode ser influenciada pela forma e pelo tipo de formulário disponibilizado, sendo essencial que seja simples e conciso nas informações solicitadas (Barroso et al., 2021). O formulário deve conter o máximo de informações possível sobre o incidente de segurança em questão, incluindo a sua descrição e classificação de acordo com sua natureza. Além disso, deve incluir fatores que contribuíram para a gravidade do dano causado ao utente (nenhuma, ligeira, moderada, grave ou morte), bem como uma descrição da intervenção do profissional ou equipa envolvida e a conduta adotada para minimizar os danos associados (Barroso et al., 2021).

A informatização dos sistemas de notificação de incidentes substitui os processos em papel com um circuito administrativo pesado. Essas plataformas informatizadas tornam a informação do relato do incidente mais facilmente acessível aos grupos de análise e possibilitam a análise conjunta em tempo aceitável (Barroso et al., 2021).

O PNSD 2021-2026 tem como objetivo estratégico a crescente cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança no NOTIFICA. No sentido de atingir este objetivo, devem desenvolver-se várias ações, no sentido de incentivar à notificação de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde, através de ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores da notificação; integração da notificação de incidentes de segurança do NOTIFICA nas metas contratualizadas pelas instituições que prestam cuidados de saúde; e na criação de um enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador (Lebre et al., 2022).

No sentido de dar uma melhor resposta às necessidades de quem notifica, seja o cidadão ou o profissional de saúde, no que respeita às notificações relacionadas com a segurança do cidadão, o sistema está em constante atualização, até para ajudar também quem analisa e implementa medidas de melhoria - os denominados gestores de segurança do doente. O sistema deve

permitir recolher dados para realizar uma monitorização dos incidentes sobre a segurança do doente, para auxiliar na tomada de decisão a nível local, regional e nacional, com especial atenção na melhoria da qualidade na saúde (Lebre et al., 2022).

Perante a importância que a notificação de incidentes apresenta para a segurança do doente, é fundamental, fomentar a notificação de incidentes corretamente tendo por base os conceitos que estão descritos na CISD (DGS, 2011), e que estão na base da plataforma NOTIFICA. Uma notificação efetuada sem ter presente estes conceitos, poderá levar a uma notificação com viés, e, por consequência, a uma monitorização, elaboração de plano de melhoria contínua, para a eliminação de um determinado incidente, não sendo o mais adequado. Por outro lado, o incidente que ocorreu poderá também voltar a ocorrer, uma vez que a notificação não foi adequada e a eliminação da causa também não ocorreu. Uma outra vantagem em notificar na plataforma nacional - NOTIFICA, será ajudar a compreender e a monitorizar os incidentes ou eventos mais frequentes, levando a uma evidência que poderá ajudar os decisores políticos a mudar ou ajustar algumas políticas de saúde.

A DGS é a entidade que viabiliza a nível nacional o acesso ao um sistema de notificação de incidentes, através do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA – Segurança do Doente e disponibiliza a norma 017/2022 onde se encontra descrito o processo de notificação de incidentes de segurança e o processo de análise e gestão de incidentes notificados o (DGS, 2022).

Tem-se vindo a referir a importância da notificação de incidentes de segurança do doente. No entanto, torna-se importante salientar que a gestão e a análise das notificações são fundamentais, para o ciclo de melhoria contínua. As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem criar uma equipa multidisciplinar de gestores de incidentes de segurança do doente, assim como nomear o gestor coordenador, responsável pela gestão e análise de incidentes de segurança do doente, garantindo que a sua dimensão e constituição obedecem as características de cada instituição de prestação de cuidados.

Contudo, esta equipa tem como objetivos: desenvolver a cultura de segurança; promover a notificação de incidentes de segurança do doente, visando a aprendizagem com o erro, de forma não punitiva; analisar e gerir os incidentes; executar medidas corretivas e/ou de melhoria, de modo a evitar novos incidentes (DGS, 2022). A equipa gestora de incidentes ainda deve proceder a gestão de incidentes de segurança do doente utilizando um procedimento de análise estruturado tais como, análise concisa; ou, análise da causa raiz; ou, análise multi-incidentes (DGS, 2022).

1.3.1. Barreiras à Notificação de Incidentes

A importância da notificação de incidentes e eventos adversos para a melhoria da segurança do doente e da qualidade de cuidados, é algo que tem vindo a ser estudado e incentivado. Contudo, existem ainda barreiras à implementação desta prática essencial (Siman et al., 2017). Estima-se que nos Estados Unidos da América (EUA), apenas 14% de todos os incidentes são notificados, devido a obstáculos significativos na realização da notificação (Carlfjord et al., 2018). As barreiras do desconhecimento, do medo e circunstanciais são identificadas na literatura como os três grandes conjuntos de barreiras (Alves et al., 2019).

Um estudo realizado nos EUA, mostrou que 72,6% dos médicos desconhece como devem proceder a uma notificação, demonstrando assim a barreira do desconhecimento (Krouss et al., 2019). Frequentemente, há falta de familiaridade com os incidentes que devem ser notificados, pode levar a uma falta de reconhecimento da importância de notificar esses incidentes (Mascarenhas et al., 2019).

As barreiras por medo são das mais relatadas pelos profissionais de saúde. Um estudo realizado no Brasil, revela que 73% dos enfermeiros sofreram ações punitivas por notificarem ou serem notificados (Alves et al., 2019). Um estudo idêntico realizado na Tunísia em 2019, mostrou que 81% dos profissionais de saúde não notificava por medo de punições ou represálias (Braiki et al., 2019). No mesmo ano, foi, ainda, publicado um estudo realizado com estudantes de enfermagem em Israel, que volta a reforçar que até 96%

dos enfermeiros não notificam devido a variados medos (Halperin & Bronshtein, 2019). Os profissionais de saúde, frequentemente, comunicam em equipa os incidentes e eventos adversos, mas não os notificam com medo de ações disciplinares (Martins, 2017).

A literatura aponta que os profissionais de saúde temem que as administrações percebam o serviço como problemático e de baixa qualidade conforme aumentem as notificações (Archer et al., 2020). Nesse contexto, a liderança e a cultura organizacional desempenham um papel crucial para garantir que os profissionais de saúde se sintam seguros ao notificar incidentes sem sofrerem consequências negativas (Siman et al., 2017).

Relativamente às outras barreiras, englobam-se fatores como as dificuldades no reconhecimento do incidente, limitações de tempo para notificar dentro do período laboral, consequência do excesso de trabalho, falta de confiança na confidencialidade dos dados, plataformas de notificação de difícil utilização, falta de prática e de hábito em notificar, acompanhamento e conhecimento no processo de notificação, ausência de *feedback* sobre as notificações realizadas, resistência à mudança, esquecimento, entre muitas outras (Martins, 2017; Mascarenhas et al., 2019; Yalew & Yitayew, 2021). Em Portugal, no ano de 2020, Carvalho realizou um estudo focado nos enfermeiros que mostrou que a principal barreira da notificação de incidentes é o esquecimento.

Claramente que sistemas de notificação complicados, de difícil acesso, e com repetição de informações, levam a uma fraca adesão por parte dos profissionais de saúde no processo de notificação de incidentes (Archer et al., 2020). É mencionado, na literatura que muitos incidentes não são notificados, uma vez que não resultaram em danos graves ou outras consequências significativas para os doentes. Há uma tendência maior de notificação de incidentes que causam danos, especialmente danos graves, aos doentes (Varello et al., 2018).

A subnotificação é reconhecida como um obstáculo ao planeamento de ações direcionadas aos fatores geradores de erros sistémicos. Portanto, destaca-se a importância de investigar os fatores que dificultam e facilitam a prática, de

forma a promover a notificação (Nazário et al., 2021). A propensão para subnotificar é tão enraizada nas culturas organizacionais dos hospitais que nem mesmo diretrizes ou normas são eficazes para promover melhorias (Siman et al., 2017).

A maioria dos estudos na área de identificação de obstáculos à notificação de incidentes e eventos adversos não abrange a perspetiva dos profissionais de CSP. Portanto, dado o aumento potencial de incidentes e eventos adversos, é crucial e relevante explorar a problemática da subnotificação entre esses profissionais.

1.3.2. Estratégias para a Melhoria da Notificação de Incidentes

A aviação foi pioneira na adoção de estratégias para melhorar a segurança e a qualidade, inicialmente, os sistemas de notificação eram pouco utilizados até a implementação de incentivos e estratégias motivacionais para os profissionais que notificavam (Naome et al., 2020). No setor de saúde, ainda não é amplamente difundida a adoção de estratégias específicas de incentivo para aumentar a notificação de incidentes. Contudo esta pode ser uma opção eficaz a ponderar. Conforme apontado por Aaron et al. (2020), nos EUA, foram introduzidos incentivos financeiros para médicos que notificassem pelo menos 5% de todos os incidentes e eventos adversos anuais nos seus locais de trabalho, com benefícios adicionais para a reforma. Num outro estudo realizado nos EUA foi evidenciado que incentivos financeiros são eficazes para aumentar a adesão à notificação (Vijayan & Limon, 2022).

Apesar das diversas barreiras à notificação, é crucial que as organizações de saúde dediquem esforços para sensibilizar, motivar e incentivar os profissionais de saúde a comunicarem incidentes e eventos adversos (Naome et al., 2020). Um estudo conduzido em contexto hospitalar, no Egito, indica que sessões educativas e de sensibilização sobre a importância da notificação de incidentes são estratégias eficazes para aumentar a taxa de notificações realizadas pelos profissionais de saúde (Labib et al., 2019). A formação contínua e sistemática sobre segurança do doente é reconhecida como uma abordagem eficaz para

aumentar as notificações (Carlfjord et al. 2018). As sessões formativas devem envolver equipas multidisciplinares para promover confiança, comunicação eficaz e cooperação entre diferentes profissões na identificação de incidentes a serem notificados (Alves et al., 2019).

A utilização de uma plataforma eletrónica que seja simples de utilizar e de fácil acesso é fundamental (Kam et al., 2020). Dentro da organização é essencial tornar o sistema de notificação público, descomplicar os processos de notificação e disponibilizar diretrizes com orientações claras para o processo se tornar de utilização mais atrativa aos profissionais de saúde (Rashed & Hamdan, 2019). A literatura indica que o uso de mensagens e lembretes dirigidos aos profissionais de saúde pode ser uma estratégia eficaz para reforçar a importância da notificação (Aaron et al., 2020). Um estudo realizado no Reino Unido sugeriu que a inclusão de incidentes frequentemente encontrados nos sistemas de notificação pré-estabelecidos pode facilitar a notificação de incidentes comuns (Flott et al., 2018).

São necessárias medidas para combater a cultura punitiva, além de motivar e sensibilizar para a segurança do doente, com objetivos claros para a redução de incidentes. Incentivos concretos para os profissionais de saúde que realizam notificações são igualmente recomendados. Além disso, é essencial aumentar a investigação nesta área para destacar a crescente necessidade de novas políticas de saúde focadas na segurança do doente (Alves et al., 2019).

Os enfermeiros gestores devem promover um ambiente seguro onde enfermeiros se sintam livres, confiantes e valorizados ao realizar um processo de notificação. É crucial transmitir a importância da participação ativa neste processo e a sua valorização. Ao proporcionar essa oportunidade e abertura para a participação, fortalece-se a segurança dos doentes, estabelecendo-a como uma prioridade elevada, o que, por sua vez, melhora a qualidade dos serviços de saúde prestados (Naome et al., 2020).

Concluindo, tal como refere Aaron et al. (2020), a implementação de uma única estratégia pode ser eficaz na promoção das notificações, mas a atuação

conjunta com múltiplas estratégias é mais eficiente para alcançar melhores resultados.

1.3.3. O papel do Enfermeiro Gestor na Notificação de Incidentes

Nos últimos 14 anos, a carreira de enfermagem tem sofrido algumas alterações estruturais. Em 2009, foi publicado Decreto-Lei nº 247/2009; Decreto-Lei nº 248/2009, que introduzia a nova carreira de enfermagem, onde se verificava uma desvalorização dos cargos de gestão dos enfermeiros, pois a carreira passava a contemplar apenas duas categorias: a de enfermeiro e a de enfermeiro principal. Estava descrito no artigo 10º referente ao conteúdo funcional, que seria o enfermeiro principal que passaria a abranger a competência de gestão do processo da prestação de cuidados de saúde, para além das funções pertencentes à categoria de enfermeiro (Decreto-Lei n.º 247/2009; Decreto-Lei n.º 248/2009).

Dez anos mais tarde, é publicado o Decreto-Lei nº 71/2019, que altera a estrutura da carreira de enfermagem. Surge da constatação da necessidade de dotar os serviços e organizações de saúde de maior coesão e prontidão, em resposta ao contínuo crescimento das exigências de saúde da população. Este esforço visa não apenas preservar os interesses e direitos dos que procuram o SNS, mas também dos seus profissionais. Este Decreto-Lei expressa o reconhecimento da contribuição das atividades de gestão desempenhadas pelos enfermeiros gestores para a eficácia e bom desempenho das organizações de saúde.

Atualmente, a carreira de enfermagem encontra-se dividida em três categorias: enfermeiro; enfermeiro especialista e enfermeiro gestor (Decreto-Lei n.º 71/2019). No artigo 10-A do Decreto-Lei nº 71/2019, está descrito o conteúdo funcional do enfermeiro especialista, e uma das suas competências é “Participar em projetos institucionais na área da acreditação e certificação, gestão da qualidade e do risco” (p. 2628). No artigo 10-B, do mesmo Decreto-Lei, está discriminado o conteúdo funcional do enfermeiro gestor, ao qual compete o exercício de funções ligadas à segurança do doente. Em particular,

incluem a promoção da cultura de segurança, a criação de um ambiente saudável, o estímulo ao trabalho colaborativo entre os membros da equipa multiprofissional, a gestão de riscos, a garantia de prática fundamentada em evidências, o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, e a realização de auditorias.

Segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor da Ordem dos Enfermeiros (2015), entende-se por enfermeiro gestor “o enfermeiro que detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros” (Regulamento n.º 101/2015, p. 5949).

A excelência e segurança dos cuidados oferecidos aos utentes estão intrinsecamente ligadas à competência dos enfermeiros na gestão. Enfermeiros gestores capacitados influenciam diretamente na prestação de cuidados de qualidade (Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, 2023). Tendo em conta o anteriormente descrito, é da responsabilidade do enfermeiro gestor estimular a sua equipa para a pesquisa e partilha da evidência atualizada para reduzir os riscos e aperfeiçoar as medidas a adotar tendo em vista a segurança do utente no contexto dos CSP.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Para a prática da enfermagem, a investigação tem sido um elemento-chave. O avanço da investigação, que engloba uma variedade de métodos e técnicas, em conjunto com o ecletismo da disciplina da enfermagem, pressupõe que abordagens multifacetadas devem ser adotadas. Essas abordagens, que possibilitam uma ampla investigação dos fenómenos, devem ser conduzidas por meio de atividades multidisciplinares (Sousa et al., 2022).

Neste capítulo, encontram-se descritos os procedimentos adotados e a justificação das opções tomadas, no sentido de dar resposta ao objeto em estudo e contribuir para melhorar a compreensão do fenómeno.

2.1. Finalidade

Este estudo tem como finalidade contribuir para a consciencialização e melhoria da gestão da notificação de incidentes em contexto dos CSP, por parte dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão.

2.2. Questão de Investigação e Objetivos

Segundo Sousa e Ferrito (2022), qualquer estudo de investigação é guiado por uma ou várias questões que, com uma intenção teórica, são formuladas no início do processo de investigação. Essas perguntas não são aleatórias nem descontextualizadas; pelo contrário, formam o eixo central a partir do qual as premissas serão desenvolvidas. Assim, as perguntas ou premissas constituem o ponto de partida da investigação, e explicitá-las é um exercício útil que ajuda a definir e refinar o problema de investigação.

Tendo presente a finalidade do estudo, foi formulada a seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos Enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão sobre a notificação de incidentes nos cuidados de saúde primários?

Com o intuito de dar resposta à questão de investigação, definiram-se como objetivos:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão sobre a notificação de incidentes nos Cuidados de Saúde Primários;
- Identificar quais os fatores que influenciam a notificação de incidentes, nos Cuidados de Saúde Primários, na perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão;
- Descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão, na gestão da notificação de incidentes;
- Descrever, na perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão, como consideram ser a abordagem mais eficaz para melhorar a notificação de incidentes.

2.3. Tipo de Estudo

No presente estudo, optou-se por uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo.

Em toda investigação, especialmente ao abordar a gestão dos cuidados de saúde, é crucial considerar a complexidade inerente, incluindo os aspetos sociais, culturais, históricos e políticos. A interligação desses elementos, muitas vezes difícil de ser explicada por meio de índices de correlação e equações estatísticas, destaca a metodologia qualitativa como a mais apropriada. Essa abordagem qualitativa possibilita, ainda, desvendar o fenómeno ou a situação que se pretende descrever e interpretar (Sousa & Ferrito, 2022).

A investigação do tipo exploratório visa proporcionar a primeira aproximação do investigador com o problema para torná-lo mais familiarizado com os factos e fenómenos em estudo, tornando-o explícito (Prodanov & Freitas, 2013).

O estudo descritivo envolve a determinação da natureza e características de conceitos, populações e fenómenos, podendo incluir a análise das relações entre conceitos. Num estudo descritivo, o investigador observa, descobre, caracteriza e frequentemente classifica novas informações para criar um retrato claro e preciso da situação estudada. Alguns estudos descritivos procuram definir com precisão um conceito e suas características (Fortin et al., 2009). A recolha da informação aconteceu no período entre 1 de abril e 30 de maio.

2.4. Participantes

Os participantes neste estudo foram enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão a desempenharem funções nos CSP e com pelo menos um ano de experiência profissional, selecionados através de técnica “em bola de neve”. Esta técnica “em bola de neve” é também conhecida como uma técnica por redes. Consiste na seleção de sujeitos que seriam difíceis de encontrar por outros meios, seguindo critérios específicos.

O primeiro participante selecionado foi um enfermeiro gestor da rede de contactos pessoais do investigador principal, não integrado no seu local de trabalho e que cumpria os critérios de inclusão no estudo.

O número de participantes que integrou o estudo foi de 12 enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão a desempenharem funções nos CSP. O número de participantes está relacionado com a obtenção da saturação da informação, segundo as orientações de Bardin (2022).

Na Tabela 1 está apresentada a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

Na Tabela 2 está representado a percentagem de notificação de incidentes relacionados com a segurança do doente, realizada pelos participantes.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes*

Atributos		n.º	%
Sexo	Feminino	10	83%
	Masculino	2	17%
Idade	25 – 35 anos		
	36 – 45 anos	9	75%
	46 – 55 anos	2	17%
	56-67 anos	1	8%
Tempo de experiência profissional	<5 anos		
	6-10 anos		
	11-15 anos	1	8%
	16-20 anos	5	41%
	>20 anos	6	50%
Tempo de experiência profissional em contexto de CSP	<5 anos	1	8%
	6-10 anos	2	17%
	11-15 anos	1	8%
	16-20 anos	5	41%
	>20 anos	3	25%
Categoria profissional	Enfermeiro gestor	2	16%
	Enfermeiro especialista em funções de gestão	10	83%
Tempo de experiência profissional na categoria de enfermeiro gestor	<5 anos	1	8%
	6-10 anos		
	11-15 anos		
	16-20 anos		
	>20 anos	1	8%
Tempo de experiência profissional como Enfermeiro especialista em funções de gestão	<5 anos	4	33%
	6-10 anos	4	33%
	11-15 anos	2	17%
	16-20 anos		
	>20 anos		
Enfermeiro especialista em funções de gestão com formação na área da gestão	Sim	3	25%
	Não	7	58%
Habilitações na área da gestão	Pós-graduação	2	20%
	Mestrado	1	8%
	Doutoramento		

Analisando a Tabela 1, pode-se verificar que 83% dos participantes eram do sexo feminino, sendo o sexo masculino representado apenas por 17%. A classe etária predominante foi de idades compreendidas entre 36-45 anos, com uma representatividade de 75% (n=9). Verificou-se, ainda, que não havia participantes com idade inferior a 36 anos, mas havia um participante na classe etária dos 56-67 anos. Relativamente ao tempo de experiência profissional, 50% dos participantes tinham mais de 20 anos de experiência profissional, e não havia nenhum participante com menos de 11 anos de experiência profissional. Contudo, essa tendência já foi diferente quando se analisou o tempo de experiência profissional no contexto de CSP, em que a maioria, 41% (n=5), trabalhava nesse contexto entre 16-20 anos, entretanto havia participantes em todas as classes.

A maioria dos participantes apresentou como categoria profissional a de enfermeiro especialista em funções de gestão, 83% (n=10), e apenas 17% (n=2) dos participantes apresentaram a categoria de enfermeiros gestores. Olhando para os enfermeiros na categoria de enfermeiros gestores, verificou-se que a experiência profissional nesta categoria era de extremos: um tinha menos de 5 anos e o outro mais de 20 anos. Comparativamente ao tempo de experiência profissional como enfermeiro especialista em funções de gestão, este foi variável. Contudo, mais de metade dos participantes enquadrava-se entre menos de 5 anos (n=4) e 6-10 anos (n=4). No entanto, nenhum desses enfermeiros tinha mais de 15 anos de experiência profissional como enfermeiro especialista em funções de gestão (n=2).

Observando os dados referentes à formação na área da gestão por parte dos 10 enfermeiros especialistas em funções de gestão, confirmou-se que 58% (n=7) não tinham formação e que apenas 25% (n=3) realizaram formação na área da gestão. A formação académica foi compreendida entre pós-graduação (n=2) e mestrado (n=1).

Tabela 2*Notificação de Incidentes Relacionados com a Segurança do Doente*

Atributos		n.º	%
Notificação de incidentes relacionados com a segurança do doente	Sim	10	83%
	Não	2	17%
Plataforma de notificação, para a gestão e tratamento da notificação	Plataforma NOTIFICA	7	70%
	Outra plataforma	8	80%

Na análise da tabela 2, verifica-se que 83% (n=10) dos participantes, já notificaram incidentes relacionados com a segurança do utente. Observa-se ainda que desse total, 70% já notificou na Plataforma NOTIFICA, plataforma essa criada e gerida pela DGS, a nível nacional, e que 80% utilizou outra plataforma de notificação.

2.5. Técnica de Recolha de Informação

Elegeu-se para a recolha da informação deste estudo de investigação, uma entrevista semiestruturada. Existem diversas abordagens para conduzir uma entrevista. Neste estudo, a escolha da entrevista semiestruturada, como instrumento, permitiu estudar o fenómeno sob o ponto de vista das perceções, sentimentos e opiniões dos participantes sobre a temática. De forma a permitir que as entrevistas seguissem uma orientação lógica e clara, foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada, constituído pelos seguintes blocos temáticos:

- Apresentação, legitimação e esclarecimento aos participantes sobre a entrevista;
- Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes;

- A perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão sobre a notificação de incidentes nos Cuidados de Saúde Primários;
- Quais os fatores que influenciam a notificação de incidentes, nos Cuidados de Saúde Primários, na perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão;
- Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão, na gestão da notificação de incidentes;
- A perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão, para uma abordagem mais eficaz para melhorar a notificação de incidentes.

Cada um destes blocos temáticos foi composto por questões abertas orientadoras, que desejaram ir ao encontro dos objetivos, ou seja, conhecer a perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão sobre a notificação de incidentes nos CSP, identificar quais os fatores que influenciam a notificação de incidentes, nos CSP, na perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão, descrever as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão, na gestão da notificação de incidentes e descrever, na perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão, como consideram ser a abordagem mais eficaz de melhorar a notificação de incidentes.

As questões realizadas foram:

- Como define a notificação de incidentes no contexto dos Cuidados de Saúde Primários?
- Na sua opinião, como se processa a notificação de incidentes?
- Quais são os fatores que, na sua opinião, influenciam a decisão dos enfermeiros em notificar incidentes nos CSP?

- Perante a sua função quais as estratégias utilizadas para a gestão da notificação de incidentes?
- Na sua opinião qual será a melhor forma de melhorar a notificação de incidentes nos CSP?

No início de cada entrevista, foram lembradas as informações sobre o estudo, já previamente apresentadas. Neste momento, foi expressa a gratidão pela participação e destacado o valor fundamental do participante para a compreensão do fenómeno em estudo. Este cuidado e respeito pelo participante contribuem para estabelecer uma relação positiva e facilitar o processo de recolha de dados (Sousa & Ferrito, 2022).

Salienta-se que foi realizada um pré-teste com participante que cumpriu os requisitos de inclusão no estudo, com o objetivo de validar a compreensão do conteúdo que integra o guião da entrevista. Da entrevista de pré-teste não ocorreu necessidade de ajuste do guião inicial, sendo que esta entrevista passou a integrar o estudo.

Cada entrevista teve a duração de um tempo médio de 25 minutos e, sendo este um instrumento flexível, a ordem das questões foi adaptada ao decorrer da entrevista, de acordo com os entrevistados. Ressalva-se que no final da entrevista todos os pontos foram abordados.

2.6. Procedimentos e Considerações Éticas

A investigação, quando aplicada a seres humanos, pode causar perda dos direitos e liberdades dos participantes na investigação. Por esse facto, é importante salvaguardar as atitudes necessárias para proteger os direitos e liberdades dos participantes na investigação. Foram determinados, pelos códigos de ética, cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis a investigações com seres humanos, sendo eles: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o prejuízo e, por último, o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, et al., 1996).

O estudo em saúde adquire uma importância ética particular. Se, num estudo em geral, é necessário ponderar entre o desejo de adquirir conhecimento e a viabilidade ética de cada investigação, essa ponderação ganha ainda mais relevância na pesquisa envolvendo seres humanos. Quando transitamos para o campo da saúde, é imperativo elevar o nível dessa consideração ética. Isso implica que a busca pelo conhecimento é inerente à comunidade humana e é legítima; no entanto, a condução do estudo em questão deve respeitar as pessoas, sua dignidade e o ecossistema em que vivem (Deodato, 2022). Numa investigação qualitativa, as questões éticas, no que concerne à confidencialidade, anonimato, acesso à informação privada, à proteção dos direitos do participante são fundamentais (Fortin et al., 2009).

Tendo por base os princípios éticos inerentes a um processo de investigação, este projeto foi submetido ao Conselho Técnico-Científico da ESEP, e obteve um parecer favorável a 11 de janeiro de 2024. O projeto posteriormente submetido a Comissão de Ética da ESEP, para apreciação obteve um parecer favorável a 9 de abril de 2024.

O primeiro contato com o participante, geralmente realizado durante a captação, é crucial para o bom desenvolvimento da entrevista. Nesse momento inicial, o investigador deve explicar os objetivos da pesquisa, a necessidade de utilizar um gravador áudio/vídeo e solicitar autorização para fazê-lo, e dando ainda a informação ao participante sobre o estudo, nomeadamente apresentando a finalidade do estudo os objetivos e os procedimentos. Além disso, é importante abordar questões relacionadas à confidencialidade e anonimato dos dados, bem como informar sobre o tempo aproximado necessário para a entrevista. Se a pessoa concordar em participar, é necessário definir o local e o horário da entrevista (Sousa & Ferrito, 2022). As entrevistas foram agendadas e realizadas pelo investigador principal em data e hora (fora do local de trabalho) de acordo com a disponibilidade do participante e no formato online, foram asseguradas as condições de privacidade, necessárias para o desenrolar da entrevista.

Na fase de recolha de dados, é imperativa a obtenção da declaração de consentimento, a qual deve ser documentada por escrito. Cada participante deve ter a oportunidade de se familiarizar com o estudo no qual está prestes a participar e decidir, de maneira livre, se deseja ou não participar. Para tomar essa decisão informada, o participante deve receber informação do investigador sobre o tipo de estudo, seus objetivos e a estimativa de tempo envolvido. Essas informações devem ser claras e acessíveis no formulário de consentimento, sendo também fornecidas de forma oral pelo investigador, sempre que necessário ou solicitado. O participante, na posse dessas informações, deve ter o tempo adequado para ponderar sobre sua participação e decidir livremente. Esse processo é fundamental para garantir a obtenção de um consentimento livre e esclarecido (Deodato, 2022).

No momento do preenchimento do Consentimento Informado, é crucial informar o participante sobre o direito de interromper a sua participação no estudo em qualquer fase. Assim como tem o direito de decidir livremente sobre sua inclusão no estudo, este também tem o direito de desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou consequência para o mesmo. Este esclarecimento assegura que a liberdade do participante seja respeitada integralmente, permitindo que ela exerça controle sobre a sua participação durante todo o processo do estudo (Deodato, 2022).

A recolha da informação foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, como referido anteriormente, e foi dada a opção ao participante de esta se realizar em formato presencial ou através da utilização de plataformas digitais (Colibri Zoom®). Todos os participantes preferiram a realização das entrevistas através das plataformas digitais. No entanto, foi garantida a privacidade, a confidencialidade dos dados recolhidos e o anonimato do participante, bem como a gravação áudio da mesma, com a inerente autorização. Foi enviado por e-mail, aquando do primeiro contacto e se manifestou interesse na participação no estudo, a informação do estudo e um Consentimento Informado. Este Consentimento Informado foi devolvido ao investigador por e-mail no dia da entrevista. O Consentimento Informado foi devidamente preenchido pelos participantes e pelo investigador sendo

assinado e datado em duplicado, um para o participante e outro para o investigador.

Com o tipo de instrumento de recolha de dados utilizado, é impossível o anonimato entre os dois intervenientes, recorrendo-se à codificação dos participantes, com a atribuição da letra E (Entrevistado) a cada um deles, ordenando-os numericamente de 1 a 12, de acordo com a ordem da sua ocorrência. As transcrições foram realizadas utilizando a ferramenta Microsoft Office Word®, e posteriormente enviadas por e-mail aos participantes, codificadas com a letra (E) seguida de um número que corresponderá à ordem de realização da entrevista.

Após a conclusão da entrevista, cada participante recebeu a cópia completa da transcrição da sua entrevista. Durante este processo, foi solicitada a sua conformidade, e o participante teve a oportunidade de realizar correções ou modificações, contribuindo assim para a validação do conteúdo. Este procedimento visa assegurar que a representação escrita da entrevista seja precisa e reflita fielmente as experiências e opiniões expressas pelo participante (Sousa & Ferrito, 2022).

As entrevistas gravadas e as respetivas transcrições foram armazenadas no computador pessoal do investigador, em ficheiros encriptados, protegido por palavra-passe e de acesso restrito apenas ao investigador principal. Importante frisar que a confidencialidade da informação foi assegurada, assim como se assegurou a destruição das gravações das entrevistas e ficheiros dos dados no final do estudo.

Os dados recolhidos numa investigação qualitativa, não são passíveis de análise direta, têm de ser organizados e codificados para se poder realizar conclusões sobre a investigação (Bardin, 2022). Para realizar esta análise, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, tendo com referencial teórico Bardin (2022).

2.7. Tratamento da Informação

A técnica de análise de conteúdo é essencial ao abordar estudos qualitativos, especialmente quando se lida com dados ricos e complexos provenientes de entrevistas, entre outras fontes. Essa abordagem torna-se indispensável para extrair significados, identificar padrões e obter *insights* profundos a partir do conteúdo verbal presente nesses materiais (Bardin, 2022), perante o exposto foi esta a técnica utilizada para o tratamento dos dados recolhidos neste estudo.

Após a receção por parte do investigador das entrevistas validadas, procedeu-se análise de conteúdo. Na elaboração de uma análise de conteúdo, é fundamental submeter o material a um processo de tratamento e codificação. A codificação representa a etapa em que os dados brutos são transformados de maneira sistemática, sendo agregados em unidades que possibilitam uma descrição precisa das características relevantes do conteúdo (Bardin, 2022). Este processo é essencial para estruturar e organizar as informações, permitindo uma análise detalhada e significativa do material em questão.

No decorrer da análise de conteúdo, foi necessário realizar a categorização da informação. A categorização é uma operação que envolve a classificação dos elementos constituintes de um conjunto por meio de diferenciação e, posteriormente, o reagrupamento de acordo com gêneros (analogia), utilizando critérios previamente definidos. O organizar e estruturar a informação, facilita a identificação de padrões e temas emergentes no material analisado (Bardin, 2022).

A análise de conteúdo corresponde a um conjunto de técnicas de análise da informação recolhida, verbal e não verbal, utilizando processos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, tendo em conta a percepção crítica do seu significado (Bardin, 2022). As distintas etapas da análise de conteúdo, assemelhando-se ao inquérito sociológico ou à experimentação, seguem uma organização em torno de três momentos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, e, por fim, a inferência e interpretação (Bardin, 2022).

Na análise de conteúdo, a codificação refere-se a uma transformação dos dados brutos do texto, realizada conforme regras específicas. Essa transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, visa alcançar uma representação do conteúdo ou de sua expressão. Essa representação pode fornecer ao investigador informação sobre as características do texto, podendo servir como um índice esclarecedor (Bardin, 2022).

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DA INFORMAÇÃO

Neste capítulo, são apresentados e discutidos os dados com base nos objetivos do estudo. Para facilitar a compreensão, a Tabela 3 mostra a matriz categorial resultante da análise realizada.

Tabela 3

Matriz Categorial

Categorias	Subcategorias
Perceção sobre Notificação de Incidentes nos Cuidados de Saúde Primários	Sistemas de Notificação
	Supervisão
	Subnotificação
	Encaminhamento para Instâncias Superiores
Fatores que Influenciam a Notificação de Incidentes	Consciencialização da Notificação
	Feedback e Resultados das Notificações
	Sobrecarga de Trabalho e Pressão de Tempo
	Défice de Conhecimento
	Medo de Repercussões
Estratégias implementadas para a Gestão da Notificação de Incidentes	Participação no Processo de Trabalho
	Cultura de Segurança Organizacional
	Acessibilidade ao Processo de Notificação
Perspetiva de melhoria da notificação de incidente	Formação e Capacitação dos Profissionais
	Otimização das Plataformas de Notificação
	Política Organizacional de Notificação
	Ambiente de Trabalho Seguro e Saudável

3.1. Perceção sobre Notificação de Incidentes no Cuidados de Saúde Primários

Relativamente à categoria Perceção Sobre Notificação de Incidentes nos CSP, surgiram nos discursos dos participantes quatro subcategorias. Dos dados analisados, identificou-se como principal perceção sobre a notificação de incidentes nos CSP os **Sistemas de Notificação** que surgiram 28 vezes nas exposições dos 12 participantes. O **Encaminhamento para Instâncias Superiores** foi a subcategoria, com menor número de unidades de registo nos discursos (Tabela 4).

Tabela 4

Perceção sobre Notificação de Incidentes nos Cuidados de Saúde Primários

Subcategorias	Frequência
Sistemas de Notificação	28/12
Supervisão	11/12
Subnotificação	9/12
Encaminhamento para Instâncias Superiores	5/12

A subcategoria **Sistemas de Notificação** foi a que apresentou maior importância na perceção dos enfermeiros participantes, sejam eles recursos nacionais ou locais (de cada instituição ou serviço), como se pode verificar através das unidades de registo “... notificação faz-se através da *Plataforma NOTIFICA*, existe um procedimento no serviço.” ^{E1}; “... escreve-se no diário de bordo, no livro de ocorrências, para que fique registado o processo.” ^{E3}. O recurso Nacional para a NI foi disponibilizado pela DGS e denomina-se Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA - Segurança do Doente, conforme estabelecido na norma n.º 017/2022 de 19/12/2022 (DGS, 2022). É de salientar que esta plataforma também tem vindo a apresentar melhorias que são confirmadas por alguns discursos analisados “... a plataforma NOTIFICA ... agora é muito fácil e prática.” ^{E9}; “Sistema de notificação informático NOTIFICA.... não é muito burocrático e é fácil de fazer

notificação.” E4 e “... plataforma NOTIFICA todos fizemos formação... teve uma atualização há pouco tempo...” E3. Atualmente as alterações efetuadas na plataforma, estabelecidas na norma n.º 017/2022 de 19/12/2022, possibilitam o reporte, a análise, a gestão e a monitorização dos incidentes, levando à implementação efetiva de medidas de melhoria e/ou corretivas para situações que gerem dano, real ou potencial (DGS, 2022). Contudo, pelo menos dois dos participantes não tinham essa perceção, *“... quando se usa a plataforma não sabemos se do outro lado alguma coisa está a acontecer ...” E3,* *“... existe uma plataforma... não existe é uma resposta imediata...” E6* e *“... é uma espécie de repositório de queixas e lamentações.” E3.*

No entanto, as unidades desenvolveram recursos próprios de notificação para além do NOTIFICA *“...temos essa tabela de registo interno” E11;* *“...temos uma pasta partilhada, ...onde temos vários itens e um deles tem a ver com sugestões, reclamações ou eventos que tenham acontecido, que interfiram com o nosso trabalho ou com o utente ... que faz sentido trazer a reunião e discutir... utilizamos o diário de bordo.” E5.* Estes registos, de carácter mais interno para a NI e de não conformidades, surgem no sentido de poderem dar resposta a alguns *standards* obrigatórios do processo de certificação, a que algumas Unidades de Saúde se candidataram. Esta candidatura de algumas UF, na sua maioria USF, está relacionada com os profissionais estarem mais despertos para as questões de prestação de cuidados aos utentes com o máximo de qualidade, associado a evolução, ao rigor e a exigência da população. As USF pretenderam elevar os seus padrões de qualidade na prestação de cuidados, candidatando-se ao Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde português, que é gerido pelo Departamento da Qualidade da Direção-Geral da Saúde (Departamento da Qualidade na Saúde, 2023a; Departamento da Qualidade na Saúde, 2023b).

Sobre a existência de outras plataformas, para além do NOTIFICA, os discursos apontam para *“... plataforma interna na unidade, serve para garantir que situações sejam reportadas no sentido de melhoria, ... os serviços informados rapidamente e ... tomadas medidas corretivas ..., medidas adequadas que acabam por mitigar ... o dano que possa ter existido” E7.* Neste

ponto, alinhado com as orientações da DGS, todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS devem possuir uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança do doente, com os seguintes objetivos: desenvolver uma cultura de segurança; promover a notificação de incidentes de segurança do doente, visando a aprendizagem com o erro de forma não punitiva; gerir e analisar os incidentes; e, implementar medidas corretivas e/ou de melhoria para prevenir novos incidentes (DGS, 2022).

No entanto, a NI, seja ela reportada em plataformas internas ou externas, continua a ser “... *um aspeto difícil de implementar*” ^{E12}, mesmo “*internamente, continuamos a ter algumas notificações... fazemos esse trabalho de tentar manter a equipa focada...*” ^{E3}. Contudo, o enfermeiro tem a perceção que “... *a notificação de incidentes é um processo que integra, no âmbito da qualidade, uma plataforma informática com o objetivo de minimizar o erro, aumentado a qualidade dos cuidados e segurança ... minimizar o erro e melhor os cuidados*” ^{E10}. Ou seja, está de acordo com uma das medidas implementadas em diversos países para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e prevenir incidentes (Sousa & Mendes, 2019).

A informatização dos sistemas de notificação de incidentes substitui os processos em papel com um circuito administrativo pesado, por isso, “*houve... um ficheiro partilhado entre as unidades e o gabinete do cidadão.... Esse ficheiro era uma tentativa de reunirmos ali todas as situações, ...não ficava esquecido e havia sempre uma resposta a situação*” ^{E5}, e “*internamente... nós estamos a utilizar ... aquela tabela Excel, partilhada na Drive, onde registamos as não conformidades, os incidentes ...depois era avaliado pelo Gabinete do Cidadão ...avaliada em reunião de Conselho Geral aqui na Unidade de Cuidados Comunidade ...nós tentávamos chegar a um acordo do que tínhamos que fazer ... para melhorar propostas e assim...isso só não é suficiente*” ^{E8}. Estes relatos estão de acordo com outros autores que referem que as plataformas informatizadas tornam a informação do relato do incidente mais facilmente acessível aos grupos de análise e possibilitam a análise conjunta em tempo aceitável (Barroso et al., 2021).

Outra subcategoria é a **Supervisão**, sendo um aspeto que está relacionado com a sua ausência, ou seja, *“... as pessoas ... estão preocupadas com o incidente, ou com a problemática que fizeram questão de notificar ... às vezes é isso que sentem que não houve resolução nenhuma, não passou simplesmente da notificação”* ^{E1}; *“...a plataforma NOTIFICA até é intuitiva no seu preenchimento, mas depois nada acontece não temos feedback...”* ^{E6}; *“... mas depois não há nenhum trabalho de acompanhamento... de reforço positivo ou da informação do trabalho que é realizado com a equipa ...”* ^{E2}; *“... que se notifica para uma entidade oficial, ... seria lógico que essa própria entidade oficial nos desse algum feedback tentasse pelo menos saber o que é que se fez se houve algum resultado.”* ^{E3}; *“... o seguimento é que não funciona.”* ^{E4}; *“... usamos a plataforma NOTIFICA ..., mas fundamentalmente ... nós não temos grande feedback ... Em relação àquilo que são as notificações da unidade. ... que leva ... a não, notificarem tanto a nível do NOTIFICA”* ^{E12}. Estes resultados coincidem com a ideia dos autores Mascarenhas et al. (2019), Martins (2017) e Yalew e Yitayew, (2021) em que as situações de falta de acompanhamento e conhecimento no processo de notificação, ausência de *feedback* sobre as notificações realizadas, resistência à mudança, esquecimento, entre muitas outras são consideradas algumas das barreiras a NI.

A **Subnotificação** é outro aspeto muito vincado na perceção dos enfermeiros relativamente a NI, *“... está muito aquém daquilo que seria importante notificar e que era importante notificar no sentido de haver melhorias nos cuidados, nos procedimentos, nos materiais, em várias áreas, porque isso abrange várias áreas”* ^{E1}, *“... as coisas menos significativas não são notificadas...”* ^{E6}, *“...acho que há uma subnotificação devido a falta de feedback...”* ^{E5}. Estes testemunhos corroboram Nazário et al. (2021), que referem que a subnotificação é reconhecida como um obstáculo ao planeamento de ações direcionadas aos fatores geradores de erros sistémicos. Portanto, destaca-se a importância de investigar, identificando os fatores que dificultam e facilitam a prática da notificação.

Emergiu uma outra subcategoria **Encaminhamento para Instâncias Superiores**. Aqui ressalta-se que algumas notificações que são efetuadas

pelos enfermeiros, pois a sua resolução passa por entidades externas às unidades de CSP. Nos discursos pode-se identificar: “... as situações notificadas que não dependem de nós a resolução, são enviadas por email para as entidades competentes e aguardasse” ^{E4}; “...depende do tipo ... coisas relacionadas com o edifício, ... neste momento reportar à Câmara ... alguma coisa a ver com os materiais até agora seria ao ACeS” ^{E5} e “...temos sempre uma hierarquia ... alguém ... para além da nossa unidade ... comunicada esta situação ... esta notificação sempre na tentativa de ajudar na resolução ...” ^{E7}.

3.2. Fatores que Influenciam a Notificação de Incidentes

Na categoria **Fatores que Influenciam a Notificação de Incidentes**, emergiram cinco subcategorias no discurso dos Enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão. A partir dos dados analisados, identificou-se a **Consciencialização da Notificação** como o principal Fator que Influencia a Notificação de Incidentes nos CSP, mencionado 27 vezes pelos 12 participantes. O **Défice de Conhecimento e o Medo de Repercussões** são as duas subcategorias com menor frequência nos Fatores que Influenciam a Notificação de Incidentes nos CSP, contudo com mais de metade dos participantes a salientar estas subcategorias (Tabela 5).

Tabela 5

Fatores que Influenciam a Notificação de Incidentes

Subcategorias	Frequência
Consciencialização da Notificação	27/12
Feedback e Resultados das Notificações	24/12
Sobrecarga de Trabalho e Pressão de Tempo	21/12
Défice de Conhecimento	9/12
Medo de Repercussões	9/12

A **Consciencialização da Notificação** para a NI surge “...nos cuidados de saúde primários ... mais a partir do momento que começou a haver o Plano Nacional de Segurança para os Doentes ... começou-se a falar então dos incidentes...” ^{E8}, o PNSD 2021-2026, publicado através do Despacho n.º 9390/2021, está alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, da OMS. O PNSD 2021-2026 é uma ferramenta imprescindível para promover e fortificar a segurança dos utentes no SNS.

Uma cultura de segurança é fundamental para diminuir os incidentes na prestação de cuidados de saúde, bem como para favorecer um ambiente seguro aos profissionais de saúde, e, por inerência aos utentes (Lebre et al., 2022). Como se pode verificar a consciencialização dos participantes em notificar pelos discursos “... temos feito um esforço por melhorar, para aumentar a nossa notificação, para que exista alguma visibilidade da nossa preocupação na melhoria das condições do nosso trabalho. ... um registo que demonstre a nossa preocupação que ... tem vindo a crescer nesta área da segurança do utente.” ^{E3}; “... quando se notifica um incidente é sempre numa tentativa de melhorar ou as condições de trabalho dos profissionais, para uma melhor segurança do utente, ou mesmo estruturas físicas que podem colocar em risco a segurança do utente,” ^{E6}; “...às vezes brincamos a qualidade ... tem de ser tratado de forma mais séria. ...na teoria ... tento sensibilizar para efetivamente ... notificarem, independentemente da classe profissional e do que for” ^{E12}. Estes resultados corroboram com o estudo realizado por Barroso et al. (2021), que referia que em Portugal ainda há um longo percurso a ser feito na promoção da Segurança do doente nos diversos níveis de cuidados. Contudo, nos últimos anos, tanto a DGS quanto as instituições de saúde e, sobretudo, os profissionais de saúde têm demonstrado uma crescente consciencialização sobre a importância da Cultura de Segurança do Doente.

Ainda há participantes que consideram que “... se calhar há algum desconhecimento da importância da notificação” ^{E5} e que a NI “... acaba por passar um bocado ao lado, no correr do dia a dia.” ^{E4}, corroborando com um estudo realizado em Portugal por Carvalho (2020), focado nos enfermeiros mostra que a principal barreira a notificação de incidentes é o esquecimento.

Outros participantes consideram que *“...há situações que ... acabas por não notificar porque ficas a pensar, vou escrever aqui e depois... nunca nenhum de nós teve uma resposta da plataforma NOTIFICA”* E5 e *“... muito que se notifique, não temos qualquer resultado prático ... deixámos de estar motivados para trabalharmos em vão. ...o NOTIFICA começa a ficar esquecido entre as equipas”* E9. Estes resultados coincidem com a ideia do autor Archer et al. (2020) que demonstra que sistemas de notificação complicados, de difícil acesso e com repetição de informações levam a uma fraca adesão por parte dos profissionais de saúde no processo de notificação de incidentes. A importância da notificação de incidentes e eventos adversos, para a melhoria da segurança do doente e da qualidade de cuidados, é algo que tem vindo a ser estudado e incentivado. Contudo existem ainda barreiras à implementação desta prática essencial (Siman et al., 2017), percecionado pela seguinte unidade de registo *“... desvalorização, falta de motivação, falta de sensibilização”* E9.

É mencionado na literatura que muitos incidentes não são notificados pelo fato de não resultarem em danos graves ou outras consequências significativas para os doentes, havendo uma tendência maior de notificação de incidentes que causam danos, especialmente danos graves, aos doentes (Varello et al., 2018). E é esta a perceção dos participantes que *“...acabam por não valorizar determinados incidentes como o dano não é tão grave ... e não notificam”* E12 ou só notificam *“... em circunstância muito limite é que fazem as notificações ... risco real ou perigo iminente, ... para o utente ou eles próprios”* E4, considerando *“...a gravidade da questão pode ser um fator que nos leve a notificar”* E5. A aprendizagem derivada da notificação de incidentes torna-se mais significativa quando o foco da notificação abrange não apenas os eventos adversos, mas também os *near miss* e as situações potencialmente perigosas para o utente (Lima, 2018).

A **Consciencialização da Notificação** tem vindo a aumentar, mas não de forma uniforme e isso verificou-se na análise dos resultados. Tem-se referido a importância da NI de segurança do doente, no entanto salienta-se, ainda, que a gestão e a análise das notificações são fundamentais, para o ciclo de melhoria

contínua. Isto é corroborado pelos seguintes relatos “...houver dentro das instituições, uma hierarquia bem definida e transparência para o tratamento das notificações, essa notificação acaba por ser mais fácil” E7; “considero que esse retorno é fundamental para a credibilidade do processo” E7. Contudo, já existe um caminho percorrido nesta área com equipas a dar relevância a NI e à análise das suas causas, esta afirmação é sustentada pelo seguinte relato “...isto é uma coisa importante e deve ser tratado ... aquela questão... a culpa é de todo é aquela questão do queijo suíço ou a causa raiz é o diagrama em que houve várias questões que levaram a que ao fim ocorresse aquele incidente. ...as pessoas não percebem ... quando se fala em todas estas questões, não é procurar o culpado, mas perceber que houve aqui uma série de fatores que concorreram para que, efetivamente no fim ocorresse aquele erro, ... há pessoas que ainda não têm esta sensibilidade para aceitar ...” E12. A equipa gestora de incidentes, que deve ser criada dentro das instituições, ainda deve proceder a gestão de incidentes de segurança do doente utilizando um procedimento de análise estruturado tais como: análise concisa, análise da causa raiz, ou análise multi-incidentes (DGS, 2022).

A subcategoria que emergiu de seguida foi o **Feedback e Resultados das Notificações**. Todos os participantes referiram que a falta de resposta ou de *feedback* as suas notificações são fatores que levam a desvalorização da NI, isto é corroborado pelos seguintes relatos “... notificação no NOTIFICA da DGS em que não há feedback nenhum, os profissionais acabam por não notificar porque acham que é apenas uma plataforma de dizer, Não há um acompanhamento, nem um processo de melhoria contínua...” E3; “... vou estar aqui a preencher uma plataforma e depois não temos resposta nem retorno...” E5; “... não temos tido grandes respostas, ...a falta de feedback ... a resolução dos problemas... todos os anos reportamos coisas idênticas... sermos ouvidas e haver a possibilidade de resolver problemas...” E6; “... a causa disto é que as nossas notificações dificilmente trazem frutos, ... não obtenho qualquer resposta, qualquer feedback, nem vejo qualquer mudança prática. ... não tens respostas as notificações que fazes, fazes para quê, o que é que tu mudas ...”

E9.

Nazário et al. (2021) já destacavam o papel fundamental do *feedback* no incentivo às NI, corroborado por “... o *feedback* será uma forma de motivar os profissionais para aumentar ... notificação dos incidentes, ... notificar aquilo que verdadeiramente é importante” E1. A resposta enviada a quem notifica, promove um ambiente de aprendizagem a partir do erro e, sobretudo, possibilita a reflexão sobre a qualidade dos cuidados prestados e os fatores que contribuem para a ocorrência do erro. Ao receber o *feedback* da notificação, o profissional passa a valorizar ainda mais essa prática, percebendo que sua atitude foi reconhecida e que é essencial para a organização, essa afirmação coincide com o seguinte relato “Ter um retorno das notificações, nos acabamos por ser valorizados pelo nosso trabalho e ter ganho com ela. ... aspeto a melhorar é o retorno da informação. ... ser feito para mudar, para que haja ganho ...” E10.

Muitos dos participantes relatam que a desmotivação para a NI está relacionada com a ausência de *feedback* ou retorno da notificação, como se pode verificar nas afirmações seguintes “...nunca nenhum de nós teve uma resposta da plataforma NOTIFICA, ... desmotiva. ... Estas situações devem ser reportadas, ... e que haja uma mudança para a segurança do utente, mas a sensação que a equipa tem é que foi reportado e não sabemos mais nada. ... leva os profissionais a ficar desmotivados para a realização da notificação.” E5; “... nós notificamos e ninguém nos diz nada há desmotivação” E8; “...é a falta de motivação ... não compensa notificar. ...Todos sabemos notificar, mas como não se vê mudanças é difícil conseguir mudar as práticas sem ganhos em saúde ...” E9 e “...vejo que notifico e fica tudo no papel na mesma, acaba por a pessoa desmotiva e não faz nada. ... E notificamos isso a anos e nada mudou é frustrante e desmotivante.” E12. Os relatos anteriormente citados vão no sentido oposto ao se que encontra descrito na norma n.º 017/2022 que refere que este processo de NI é um processo de análise e gestão de incidentes notificados (DGS, 2022).

A **Sobrecarga de Trabalho e Pressão de Tempo** emergiu como a terceira subcategoria. No discurso dos participantes salientou-se as questões relacionadas com a plataforma de registo de NI ser burocrática e o tempo

dispensado para a seu preenchimento, como se pode verificar nos seguintes relatos “... a questão da própria plataforma, é mais uma plataforma que tem de se abrir ...” E1; “... não é que tenha muita burocracia, mas tem sempre mais alguma e é mais uma tarefa para além das que temos...” E4; “...é um processo burocrático e dá trabalho.” E10; “não notificam ou porque estão com excesso de trabalho ... não reportam na hora ... e depois, ..., entretanto ... já passa ... acabam por não notificar” E12. Esta situação já tinha sido referida por Barroso et al. (2021), em que a adesão à notificação pode ser influenciada pela forma e pelo tipo de formulário disponibilizado, sendo essencial que seja simples e conciso nas informações solicitadas.

Uma outra vertente, associada à sobrecarga de trabalho que emergiu do discurso dos participantes, é a falta de tempo dentro da jornada de trabalho para a realização da NI, a valorização do incidente, o esquecimento, a sobrecarga e a acumulação de tarefas, corroborando com os seguintes relatos, “... um incidente que é preciso notificar ... não tenho tempo ... fica para depois, e depois acaba por cair no esquecimento e para segundo plano” E1; “... aconteceu na altura porque não foi feita na hora a notificação, não era possível, por falta de tempo, e depois tu pensas na relevância, uma vez que não tens retorno da questão. ... sobrecarga de trabalho esta situação deve acontecer em vários serviços,” E5; “... a maior parte das vezes nós resolvemos ... e não comunicamos ... a sobrecarga é um entrave...” E8; “...profissionais na maioria dos casos não notificam, devido ao acréscimo de trabalho. ... é a sobrecarga de trabalho. ... fazer uma notificação dá trabalho ... é esse o problema o aumento do trabalho.” E10; “...falta de tempo por excesso de trabalho ...” E11; “...mesmo o excesso de trabalho ... questão da sobreposição de tarefas ...” E12. Há vários estudos que relatam isso mesmo, como fatores que influenciam a NI as limitações de tempo para notificar dentro do período laboral, consequência do excesso de trabalho, plataformas de notificação de difícil utilização, ausência de *feedback* sobre as notificações realizadas, resistência à mudança, esquecimento, entre muitas outras (Mascarenhas et al., 2019; Martins, 2017; Yalew & Yitayew, 2021).

O **Défice de Conhecimento e o Medo de Repercussões** surgem, na perspetiva dos participantes como fatores que influenciam a notificação e são identificadas na literatura como pertencentes aos três grandes conjuntos de barreiras a notificação, que são as barreiras do desconhecimento, do medo e circunstanciais (Alves et al., 2019).

Um estudo realizado nos EUA, mostrou que 72,6% dos médicos desconhece como devem proceder a uma notificação, demonstrando assim a barreira do desconhecimento (Krouss et al., 2019). Frequentemente, há falta de familiaridade com os incidentes que devem ser notificados, podendo levar a uma falta de reconhecimento da importância de notificar esses incidentes (Mascarenhas et al., 2019), e que vai ao encontro do que os participantes afirmam relativamente ao Défice de Conhecimento “... *acho que existe um desconhecimento sobre os diferentes tipos de notificação de incidente, ... que tipo de formulários a preencher, ...*” E4; “... *desconhecimento sobre a classificação de incidentes...*” E6 e “...*às vezes as pessoas não percebem determinadas situações como um potencial perigo*” E12.

O **Medo de Repercussões** é uma das barreiras mais relatadas pelos profissionais de saúde segundo um estudo realizado no Brasil, que revela que 73% dos enfermeiros sofreram ações punitivas por notificarem ou serem notificados (Alves et al., 2019). Um estudo idêntico realizado na Tunísia em 2019, mostrou que 81% dos profissionais de saúde não notificava por medo de punições ou represálias (Braiki et al., 2019). No mesmo ano foi publicado ainda um estudo realizado com estudantes de enfermagem em Israel, que volta a reforçar que até 96% dos enfermeiros e estudantes de enfermagem não notificam devido a variados medos (Halperin & Bronshtein, 2019). Algo que também foi percecionado neste estudo, tendo sido referido “...*o mito da retaliação*” E1; “...*um dos maiores desafios das notificações dos incidentes, ... prendem-se com os próprios notificadores com os receios de represálias*” E7. “... *Os profissionais não reportam com receio de quem visualiza essas notificações*” E10. Estes resultados coincidem com a ideia de Martins (2017), onde frequentemente, comunicam em equipa os incidentes e eventos adversos, mas não os notificam com medo de ações disciplinares. No entanto,

o medo de punição e culpabilização ainda persiste tanto nacional quanto internacionalmente, tornando-se necessário criar mecanismos de proteção para as informações produzidas sobre a Segurança do utente (Barroso et al., 2021).

Contudo os participantes consideram que “... *um ambiente de não punição... não como uma coisa que alguém falhou, mas como uma situação que a organização pode melhorar*” E3; “... *o feedback ... e posterior acompanhamento, não punitivo...*” E6, criando uma “...*cultura de transparência ... tem de ser muito presente ou tem de estar muito vincada. ... não houver esta cultura de transparência, muito dificilmente vamos ... ver a notificação como uma mais-valia*” E7. Neste contexto, a liderança e a cultura organizacional são fundamentais para assegurar que os profissionais de saúde se sintam seguros ao notificar incidentes, sem temer repercussões negativas (Siman et al., 2017). A preocupação de haver um sistema de notificação não punitivo, já vem a ser desenvolvido desde 2014, pela DGS quando reformulou e reconfigurou o sistema SNNIEA, passando a designá-lo como Sistema Nacional de Incidentes – NOTIFICA. Este novo sistema manteve os princípios do anterior, continuando a ser uma plataforma anónima, confidencial e não punitiva, com notificação voluntária, com o objetivo de promover a notificação entre os profissionais de saúde, fortalecer a gestão de riscos e implementar as alterações necessárias para prevenir ou mesmo eliminar a ocorrência de incidentes (Despacho nº 1400-A/2015).

3.3. Estratégias Implementadas para a Gestão da Notificação de Incidentes

Na categoria **Estratégias Implementadas para a Gestão Notificação de Incidentes**, surgiram três subcategorias no discurso dos participantes. A partir dos dados analisados, identificou-se a **Participação no Processo de Trabalho** como a principal Estratégia Implementada para a Gestão da NI nos CSP, mencionada 14 vezes pelos 12 participantes. A **Acessibilidade ao Processo de Notificação** é a subcategoria que assume menor frequência nas Estratégias Implementadas para a Gestão da NI nos CSP, no entanto com metade dos participantes a salientar esta subcategoria (Tabela 6).

Tabela 6*Estratégias Implementadas para a Gestão da Notificação de Incidentes*

Subcategorias	Frequência
Participação no Processo de Trabalho	14/12
Cultura de segurança organizacional	7/12
Acessibilidade ao Processo de Notificação	6/12

A **Participação no Processo de Trabalho** é uma subcategoria identificada no discurso de todos os participantes, uma vez que referem discutir internamente, em equipa multidisciplinar, as NI numa perspetiva de melhoria contínua, como se pode verificar nos relatos seguintes “... discutida em reunião semanal na presença da equipa multidisciplinar. ... Quando discutido, tudo o que é possível resolver através da unidade fica resolvido ...” *E4*; “... é levada a reunião, tudo o que estiver nesse tal ficheiro interno ... incidentes ... todos tomamos conhecimento da situação e fazemos sugestões de como resolver, se for o caso, ou de melhoria” *E5*; “...notificação é exposta, em reunião de Conselho Geral ... são auscultados todos os elementos da equipa, ... arranjar uma resposta ... mais indicado para aquela situação” *E7*; “...a equipa da qualidade reúne para tratar daquilo que foi notificado no ficheiro ... efetivamente ... a categorização do risco, ver a urgência, a tendência, essas coisas, ... damos as nossas sugestões de melhoria, ... porque aquilo é anónimo. ...levamos isso mais ou menos delineado para a reunião ... de Conselho Geral” *E12*. De forma geral todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do SNS devem possuir uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança do doente (DGS, 2022).

Tem-se vindo a referir a importância da notificação de incidentes de segurança do doente, no entanto torna-se importante salientar que a gestão e a análise das notificações são fundamentais, para o ciclo de melhoria contínua. As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem criar uma equipa multidisciplinar de gestores de incidentes de segurança do doente e nomear o

gestor coordenador, responsável pela gestão e análise de incidentes de segurança do doente, a sua dimensão e constituição obedecem as características de cada instituição de prestação de cuidados (DGS, 2022). Esta comunicação e Participação no Processo de Trabalho é o que está referido na norma n.º 017/2022 da DGS, preconizando que as UF dos CSP utilizam essas ferramentas como estratégias de gestão da notificação interna.

A subcategoria que emergiu em seguida foi **Cultura de Segurança Organizacional**. A maioria dos participantes têm presente que a NI e a sua análise tem por base um processo de melhoria contínua e de crescimento da UF. Sendo o trabalho de motivar para a NI dos profissionais das equipas que tem cargos ou conhecimentos na área da gestão, corroborando com os seguintes relatos “...a estratégia passa muito pela motivação dos profissionais para a notificação clarificando as suas vantagens” *E1*; “...um dos trabalhos de quem tem cargos na área da gestão na unidade. ... nosso trabalho de Conselho técnico também é criar esse ambiente positivo e de crescimento da equipa toda...” *E3*; “... discutidas estratégias de prevenção e de melhoria para melhorar a prática diária e promover um ambiente de trabalho seguro. ...Trimestralmente os eventos ocorridos são novamente discutidos, bem como avaliada a conformidade das estratégias implementadas” *E4*; “...as vezes até há necessidade de rever procedimentos ou de rever alguns documentos ... num processo de melhoria contínua” *E7*. Uma cultura de segurança é fundamental para diminuir os incidentes na prestação de cuidados de saúde, bem como para favorecer um ambiente seguro aos profissionais de saúde, e, por inerência, aos utentes (Lebre et al., 2022).

A mudança da cultura de segurança nas organizações de saúde, passando de uma cultura de culpabilização do profissional ou utente para uma cultura de segurança de aprender com o erro, é uma estratégia importante. Isso envolve a implementação de Sistemas de Notificação de Incidentes confidenciais, incentivando os profissionais a notificar incidentes, analisando os mesmos e divulgando os resultados para que outros profissionais e utentes possam aprender com o erro, mitigando-o.

A qualidade em saúde é um campo amplo e multidisciplinar, que contempla aspetos que vão desde a prestação de cuidados de saúde até à gestão dos processos de melhoria contínua (OMS, 2020), esta afirmação é comprovada pelos relatos “... o objetivo da pasta é mesmo esse um processo de melhoria contínua, Se for relacionado com a equipa de enfermagem, tento perceber se foi executado e implementado o que foi decidido e quais os seus resultados”

E5. A carreira de enfermagem encontra-se dividida em três categorias: enfermeiro; enfermeiro especialista e enfermeiro gestor (Decreto-Lei n.º 71/2019). No artigo 10-A do Decreto-Lei nº 71/2019, está descrito o conteúdo funcional do enfermeiro especialista, e uma das suas competências é “Participar em projetos institucionais na área da acreditação e certificação, gestão da qualidade e do risco” (p.2628). No artigo 10-B, do mesmo Decreto-Lei, está discriminado o conteúdo funcional do enfermeiro gestor, ao qual compete o exercício de funções ligadas à segurança do doente.

Na subcategoria **Acessibilidade ao Processo de Notificação**, destaca-se a perceção que os participantes têm em relação a não terem acesso ao processo de NI, quando este é extrapolado para fora da UF, com se pode verificar nos seguintes relatos, “... a nível central ou a nível mais geral, ... importante transmitir aos profissionais em que ponto é que está essa notificação ... resolução daquilo que foi notificado. ... plataforma do NOTIFICA ... tem grandes falhas. ... a equipa reportava e nós não conseguiríamos visualizar efetivamente aquilo que se tinha passado” E1; “uma situação ... demos conhecimento superiormente porque aquilo recria algumas verbas para ser mudada a situação, demos conhecimento ao Conselho Clínico para que essa situação fosse resolvida...” E11. Isso inclui identificar e analisar prontamente possíveis falhas de segurança que exijam mudanças e a implementação de medidas de melhoria. Além disso, é exigida uma atitude humanizada e sincera por parte dos profissionais e instituições de saúde, tendo em conta que os doentes, famílias e cuidadores têm o direito de conhecer a verdade sobre o seu processo de saúde (Barroso et al., 2021).

3.4. Perspetiva de Melhoria da Notificação de Incidentes

Relativamente à categoria **Perspetiva de Melhoria da Notificação de Incidentes**, surgiram nos discursos dos Enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão quatro subcategorias. Dos dados analisados, destaca-se como principal Perspetiva de Melhoria da Notificação, a **Formação e a Capacitação dos Profissionais** que surgiu 17 vezes nas exposições dos 12 participantes. O **Ambiente de Trabalho Seguro e Saudável** foi a subcategoria que parece ter menos relevância na Perspetiva de Melhoria da Notificação de Incidentes (Tabela 7).

Tabela 7

Perspetiva de Melhoria da Notificação de Incidentes

Subcategorias	Frequência
Formação e Capacitação dos Profissionais	17/12
Otimização das Plataformas de Notificação	14/12
Política Organizacional de Notificação	13/12
Ambiente de Trabalho Seguro e Saudável	10/12

A subcategoria da **Formação e a Capacitação dos Profissionais** foi a mais referida pelos enfermeiros na perspetiva de melhoria da NI, como se pode confirmar nos relatos “... *promover e motivar, os profissionais para a notificação e capacitá-los para analisar ... incidentes no sentido pró-ativo ... capacidade de enviar as suas propostas da sua análise para quem de direito, ...*” ^{E1}; “...a formação nesta área até devia ser realizada de forma periódica e obrigatória para toda a equipa” ^{E4}. De modo a garantir a qualidade nos cuidados de saúde, é essencial investir nos profissionais de saúde, de forma a capacitá-los e a incentivá-los a adotarem uma Cultura de Segurança do utente. Como afirmado por Melgarejo et al. (2019, p. 10), “o ser humano é o diferencial competitivo de cada instituição”. Assim, é fundamental o desenvolvimento de

instrumentos padronizados para procedimentos clínicos, informação, indicadores de qualidade, monitorização, avaliação, formação e gestão dos serviços de saúde.

Os participantes demonstraram que também é essencial *“clarificar bem o que é um incidente, o que é um acidente. ... formação incidir em clarificar os incidentes e não só o preenchimento de plataformas”* E6; *“... adequar ... a formação dos incidentes ... específica para os cuidados de saúde primários ... perceberem melhor o que é um incidente. E quais são os tipos de incidentes que podem ocorrer a nível dos cuidados de saúde primários”* E8, corroborando com a importância de ter presente os conceitos de incidentes de segurança do doente. Podem definir-se três tipos — quase evento, incidente sem dano, incidente com dano —, conforme definido na publicação da OMS *“conceptual framework for the International Classification for Patient Safety”* (DGS, 2011).

Os participantes consideram, ainda, que *“...fazer formação de notificação de carater obrigatório e periódico para todos os profissionais ... à semelhança do suporte básico de vida que nós somos obrigados a fazer periodicamente”* E11; *“... formação ...deveria ser ... de carácter obrigatório a todos os elementos das equipas e com determinada regularidade...”* E6; *“...bagagem formativa em relação a estas questões da qualidade, da notificação de incidentes ... passa um bocadinho pela formação de base ... mais da formação e sensibilização de base”* E12. A literatura refere que a formação contínua e sistemática sobre segurança do doente é reconhecida como uma abordagem eficaz para aumentar as notificações (Carlfjord et al. 2018). As sessões formativas devem envolver equipas multidisciplinares para promover confiança, comunicação eficaz e cooperação entre diferentes profissões na identificação de incidentes a serem notificados (Alves et al., 2019).

Relativamente à subcategoria **Otimização das Plataformas de Notificação** os participantes nos seus discursos consideram que a gestão das plataformas de notificação deve ser regional, para uma gestão de proximidade, para facilitar celeridade da análise e consequentemente da resposta, corroborando com as seguintes afirmações *“... em termos de resposta ou feedback ... seria dado um*

feedback mais rápido e haver algum tipo de mudança...” E2; “... haver um interlocutor... quer da unidade, quer depois por patamares. ... um grupo constituído por elementos da unidade e da comunidade, que trate da notificação de forma a resolver as coisas o mais rápido possível” E4; “... que se havia de descentralizar a questão das notificações ... essa gestão havia de ser descentralizada. ... a plataforma poderia ser o NOTIFICA, ..., mas de acesso a todos. A gestão, a análise e a avaliação das ocorrências ... ser descentralizada e havia de ser feito por cada ACeS ou ULS” E9.

A este respeito, a utilização de uma plataforma eletrónica que seja simples de utilizar e de fácil acesso é fundamental (Kam et al., 2020). Dentro da organização é essencial tornar o sistema de notificação público, descomplicar os processos de notificação e disponibilizar diretrizes com orientações claras para o processo torna sua utilização mais atrativa aos profissionais de saúde (Rashed & Hamdan, 2019). Um estudo realizado no Reino Unido sugeriu que a inclusão de incidentes frequentemente encontrados nos sistemas de notificação pré-estabelecidos pode facilitar a notificação de incidentes comuns (Flott et al., 2018). Isto vai ao encontro do mencionado: *“preciso ter uma plataforma que seja, de fácil acesso e até de codificação ... critérios nas próprias notificações que nos dê um relatório acessível e simples de toda a instituição ... um meio de notificação interno criado pela instituição ...” E1.*

A **Política Organizacional de Notificação** é uma subcategoria que surge logo de seguida muito semelhante à anterior. No discurso dos participantes é destacado que deveria ser criada *“uma equipa de avaliação ou de análise das notificações no sentido de promover mais facilmente a sua análise, para posterior remeter as equipas as sugestões de melhoria” E1*; que houvesse *“informação sobre o circuito que uma notificação tem, desde o início ... até a sua resposta” E6*, que a organização pudesse *“...recorrer a dados estatísticos ... que provem que ... notificações são sempre uma mais-valia a curto, a médio e até longo prazo” E7*, verificou-se que *“nós últimos anos tivemos um aumento grande de notificações porque os incidentes críticos ... passou a ser contratualizado...” E9*. Apesar das diversas barreiras à notificação, é crucial que as organizações de saúde dediquem esforços para sensibilizar, motivar e

incentivar os profissionais de saúde a comunicarem incidentes e eventos adversos (Naome et al., 2020).

A última subcategoria identificada foi o **Ambiente de Trabalho Seguro e Saudável**. Analisando os discursos verificou-se que “...um ambiente positivo e saudável e depois trabalharmos a notificação numa perspetiva de melhoria contínua... para que o incidente não ocorra em mais nenhuma unidade” ^{E3}; “se houver esse retorno se calhar tu até acrescentas mais esta tarefa às tuas tarefas, fica registado e tem importância” ^{E5}. A existência de sistemas e processos de qualidade bem estabelecidos, incluindo políticas e procedimentos definidos, promoção de formação e melhorias nas estruturas das instituições de saúde, contribui para a redução de falhas e, conseqüentemente, de incidentes. O objetivo de qualquer sistema de gestão da qualidade é fornecer serviços ao mais alto nível e oferecer cuidados de saúde de acordo com padrões de qualidade elevados (Barroso et al., 2021).

O conceito de Segurança do Doente está em constante evolução e, tanto os profissionais quanto as instituições de saúde, têm a responsabilidade de promover cuidados de saúde seguros e um ambiente seguro (Barroso et al., 2021). Resultante do discurso dos participantes, “... o enfermeiro gestor pode ser um ponta de lança ... dinamizarem na equipa a análise. ... formação ou estar próximo das equipas. instruir, ajudar ou colaborar nesta notificação da parte dos profissionais, sensibilizá-los para isso ... acima de tudo, ... analisar os incidentes que foram notificados” ^{E1}, corroborando que o enfermeiro gestor, deve promover um ambiente seguro onde enfermeiros se sintam livres, confiantes e valorizados ao realizar um processo de notificação. É crucial transmitir a importância da participação ativa neste processo e a sua valorização. Ao proporcionar essa oportunidade e abertura para a participação, fortalece-se a segurança dos doentes, o que, por sua vez, melhora a qualidade dos serviços de saúde prestados (Naome et al., 2020).

Faz parte do conteúdo funcional do enfermeiro gestor, o exercício de funções ligadas à segurança do doente. Em particular, inclui a promoção da cultura de segurança, a criação de um ambiente saudável, o estímulo ao trabalho

colaborativo entre os membros da equipa multiprofissional, a gestão de riscos, a garantia de prática fundamentada em evidências, o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, e a realização de auditorias (Decreto-Lei n.º 71/2019), verifica-se em relatos dos participantes que “... *fazem falta enfermeiros gestores, e superiormente não nos podem pôr a nós enfermeiros de família ... termos concomitantemente tarefas de gestão ... não temos tempo...*” E9.

Ainda, os participantes consideram que “...*vai demorar a instalar-se, esta questão da cultura de segurança e da notificação de incidentes ...*” E12. Contudo, o PNSD 2021-2026 tem como objetivo estratégico a crescente cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança no NOTIFICA. No sentido de atingir este objetivo devem-se desenvolver várias ações para incentivar a notificação de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde. Este incentivo pode ser feito através de: ações de formação e disponibilização de instrumentos facilitadores da notificação; integração da notificação de incidentes de segurança do NOTIFICA nas metas contratualizadas pelas instituições que prestam cuidados de saúde; e, através da criação de um enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador (Lebre et al., 2022).

CONCLUSÃO

A NI envolve a deteção e comunicação de eventos adversos ou situações que podem comprometer a saúde e segurança dos doentes. Nos CSP, o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde, essa prática é crucial para a melhoria contínua da qualidade dos serviços e para a promoção de um ambiente de cuidado mais seguro e eficiente. Uma organização que promova uma cultura de segurança voltada para a segurança dos profissionais e utentes, incentiva a NI não punitiva. Se o processo de NI for transparente, a um aumento da confiança dos utentes e profissionais e o seu envolvimento no tratamento, enquanto a monitorização do desempenho permite avaliar e ajustar os serviços, promovendo a melhoria contínua da qualidade do atendimento.

O ponto de partida deste estudo de investigação foi perceber qual a perceção dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas com funções de gestão sobre a NI nos CSP. Para isso, foi utilizado uma abordagem qualitativa para se obter a perceção destes participantes sobre esta temática. Além disso, procurou-se identificar os fatores que influenciam essa notificação, descrever as estratégias utilizadas na gestão da NI e determinar qual a abordagem mais eficaz para melhorar esse processo.

Neste contexto, e em conformidade com os objetivos definidos, quatro categorias emergiram dos discursos dos enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas com funções de gestão, são as seguintes: Perceção sobre Notificação de Incidentes nos Cuidados de Saúde Primários; Fatores que Influenciam a Notificação de Incidentes; Estratégias Implementadas para a Gestão da Notificações de Incidentes; e, a Perspetiva de Melhoria da Notificação de Incidentes.

Na categoria Perceção sobre Notificação de Incidentes nos CSP, verificou-se que, todos os enfermeiros entrevistados demonstraram conhecimento sobre a NI e o sistema nacional informatizado. Contudo, devido à implementação de objetivos nos CSP, da necessidade de dar resposta a requisitos formais para o processo de certificação (Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde português) a que algumas unidades se candidataram,

muitas equipas desenvolveram sistemas internos de notificação. Apesar disso, foi destacada a falta de supervisão e acompanhamento das notificações realizadas, o que compromete a eficácia do processo. A resistência à notificação persiste, mesmo com esforços para promover uma cultura de notificação mais ampla.

Os enfermeiros expressaram a importância da supervisão, no entanto, após a notificação, não há resolução efetiva nem retorno sobre as ações tomadas. A ausência de *feedback* por parte das entidades responsáveis gera frustração e contribui para a subnotificação. A subnotificação é atribuída à ausência de *feedback* e à perceção de que incidentes menos significativos não são reportados. Além disso, os incidentes que necessitam de resolução por entidades superiores são encaminhados, mas muitas vezes permanecem pendentes devido à inércia dessas entidades. Essa falta de respostas adequadas afeta a eficácia do sistema de notificação e impede que incidentes sejam vistos como oportunidades de melhoria na promoção da segurança.

Na categoria Fatores que Influenciam a Notificação de Incidentes, salienta-se que, a implementação de um sistema de *feedback* mais rápido e transparente é essencial para incentivar a NI pelos enfermeiros, promovendo a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados. No entanto, a falta de resposta prática e comunicação adequada desmotiva os profissionais, especialmente nos CSP, levando à subnotificação, principalmente de incidentes menos graves. A plataforma NOTIFICA, embora intuitiva, é desvalorizada pela ausência de retorno, o que faz com que muitos incidentes relevantes para a melhoria contínua sejam ignorados.

O *feedback* foi identificado como crucial para motivar os enfermeiros a reportarem, mas a falta de acompanhamento gera a perceção de que a notificação é uma formalidade sem impacto prático, criando um ciclo de desânimo. A sobrecarga de trabalho e a pressão de tempo agravam o problema, já que o processo de notificação é visto como uma tarefa adicional que compete com outras prioridades, resultando no adiamento ou esquecimento de notificações, especialmente em casos de menor gravidade.

A subnotificação também é sustentada por défice de conhecimento, onde muitos enfermeiros não estão familiarizados com os tipos de incidentes a serem reportados ou com os formulários adequados. Além disso, o medo de repercussões, ou o "mito da retaliação", inibe a notificação, com os enfermeiros receosos de possíveis consequências. Para superar essa barreira, é necessário fomentar uma cultura de não punição, tratando os incidentes como oportunidades de melhoria organizacional, e não como falhas individuais. Um acompanhamento contínuo e não punitivo, associado a uma maior transparência, é fundamental para promover a notificação e melhorar a segurança nos cuidados de saúde.

Na categoria Estratégias Implementadas para a Gestão da Notificação de Incidentes, os enfermeiros destacam a importância de discutir regularmente as NI em reuniões, com ênfase na análise colaborativa e completa dos eventos notificados. Essa prática, contudo, enfrenta desafios devido à escassez de enfermeiros gestores nos CSP. As discussões ocorrem em equipas multidisciplinares durante as reuniões de Conselho Geral para encontrar soluções adequadas.

A gestão tem um papel fundamental na criação de um ambiente positivo e motivador para a notificação de NI, promovendo um processo contínuo de prevenção e melhoria. Em alguns casos, é necessário atualizar procedimentos e documentos para aperfeiçoar as práticas, com foco em soluções que promovam a segurança e a qualidade nas unidades. Embora menos relevante, a acessibilidade ao processo de notificação também foi mencionada, com críticas à plataforma NOTIFICA, pela falta de transparência e visualização das notificações pelas equipas. Os enfermeiros sugerem que uma plataforma interna facilitaria o processo e permitiria maior controle por parte dos gestores.

A Perspetiva de Melhoria da Notificação de Incidentes foi a última categoria que surgiu nesta investigação, e os enfermeiros consideram que a formação e capacitação em NI é um fator crucial para a melhoria do sistema. A falta de literacia na área deve ser trabalhada através de formação regular, à semelhança de programas como o Suporte Básico de Vida, e com a introdução

de processos definidos para novos profissionais. A educação contínua aumenta a frequência de notificações, o que demonstra a sua importância. Os enfermeiros sugerem a criação de grupos especializados para gerir notificações, promovendo uma análise mais ágil e relatórios acessíveis. A descentralização da gestão, com foco local, facilitaria a resposta e adaptação às necessidades específicas de cada unidade, incentivando os profissionais a notificarem, especialmente se o processo for menos burocrático e eficaz. Também, a política organizacional deve reforçar a sensibilização constante sobre a relevância das notificações, garantindo retorno aos profissionais e esclarecendo todo o processo desde a submissão até a resolução. A divulgação de melhorias e o uso de dados estatísticos também são essenciais para aumentar o número de notificações.

Um ambiente de trabalho seguro e saudável, liderado por gestores que promovam a análise de incidentes, é fundamental para a cultura de notificação. No entanto, a escassez de enfermeiros gestores sobrecarrega os enfermeiros de família, comprometendo a sua participação no processo. Um sistema facilitador de notificação, com *feedback* garantido e soluções compartilhadas em reuniões, por exemplo de conselhos técnicos dos CSP, ajudaria a prevenir a repetição de erros em outras unidades.

As categorias emergentes neste estudo, alinham-se com a noção de que os enfermeiros gestores desempenham um papel crucial nas equipas de saúde onde, especificamente nos CSP, são responsáveis por assegurar a eficácia e eficiência do processo de NI. No âmbito da gestão do risco clínico e não clínico, desempenham um papel central na identificação e mitigação de perigos, garantindo a segurança dos cuidados. Dentro das suas competências, reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros, garantem o cumprimento dos padrões de qualidade, promovem o desenvolvimento técnico-científico e relacional das suas equipas, dinamizam a formação contínua, contribuem para ambientes favoráveis à prática clínica e para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados à população.

No estudo desenvolvido assumem-se limitações. Desde logo, a metodologia utilizada que se circunscreve a um tempo e contexto específico, o que inviabiliza a sua generalização. Apesar dessas limitações, está-se em crer que o estudo contribui para a consciencialização e melhoria da gestão da NI nos CSP, assim como, para a ampliação da evidência nesta temática e contexto.

Antes de concluir importa referir as implicações do estudo. Para promover a uniformização da cultura de segurança, sugere-se o desenvolvimento de planos estratégicos institucionais voltados para a promoção, sensibilização e desmistificação da NI. Esses planos devem incluir orientações claras e circuitos de comunicação bem definidos, garantindo a circulação de informação atualizada entre os profissionais. Adicionalmente, é necessária a elaboração de planos formativos transversais, bem como a análise, tratamento e desenvolvimento de planos de melhoria contínua em resposta às NI, com supervisão adequada. O investimento em sistemas de informação acessíveis e de fácil utilização é crucial para a gestão eficiente das NI. A descentralização da gestão, aliás vincada pelos participantes deste estudo, permite uma resposta mais eficaz e ganhos em saúde. Ainda, urge atender a uma adequação na dotação de enfermeiros gestores que, atualmente, parece não atender às necessidades preconizadas para garantir a totalidade das funções ligadas à segurança do doente.

Por fim, destaca-se a importância de continuar a exploração deste objeto de estudo nos CSP, de uma forma mais alargada e representativa, em futuras investigações. Alargar para outros participantes, que não apenas os enfermeiros gestores/enfermeiros especialistas em funções de gestão. Evoluir para um estudo de dimensão nacional e de cariz quantitativo, trará também resultados mais representativos desta realidade. Desta forma, continuar-se-á a contribuir para a melhoria da gestão da notificação de incidentes nos CSP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaron, M., Webb, A., & Luhanga, U. (2020). A narrative review of strategies to increase patient safety event reporting by residents. *Journal of Graduate Medical Education*, 12(4), 415–424. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-19-00649.1>
- Agnew, C., & Flin, R. (2014). Senior charge nurses' leadership behaviours in relation to hospital ward safety: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 768–780. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.001>
- Alves, M. F., Carvalho, D. S., & Albuquerque, G. S. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: Revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2895–2908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
- Archer, S., Thibaut, B. I., Dewa, L. H., Ramtale, C., D'Lima, D., Simpson, A., Murray, K., Adam, S., & Darzi, A. (2020). Barriers and facilitators to incident reporting in mental healthcare setting: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 211–223. <https://doi.org/10.1111/jpm.12570>
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança. (2023). *Plano estratégico de intervenção*. <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/doc5672.pdf>
- Bardin, L. (2022). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Edições 70.
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. Lidel.
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701–712. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Borges, E. (2023). *Enfermagem do trabalho* (2ª ed.). Lidel.
- Braiki, R., Douville, F., Hasine, A. B., & Souli, I. (2019). Facteurs liés au signalement des événements indésirables associés aux soins dans un hôpital tunisien [Factors of reporting adverse events in a Tunisian hospital]. *Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France)*, 31(4), 553–559. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0553>
- Carlford, S., Öhrn, A., & Gunnarsson, A. (2018). Experiences from ten years of incident reporting in health care: A qualitative study among department managers and coordinators. *BMC Health Services Research*, 18(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2876-5>
- Carvalho, J. (2020). *Adesão dos enfermeiros à notificação de eventos adversos em pediatria* [Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa]

- Escola Nacional de Saúde Pública]. Repositório da Universidade Nova. <http://hdl.handle.net/10362/118993>
- Correia, T. S. P., Martins, M. M. F. P. S., & Forte, E. C. N. (2017). Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Referência*, IV(12). Disponível em <https://www.index-f.com/referencia/2017/412075.php>
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. *Diário da República*, Série I(215). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/102/2023/11/07/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro. *Diário da República*, Série I(184). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/247/2009/09/22/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro. *Diário da República*, Série I(184). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/09/18400/0676106765.pdf>
- Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro. *Diário da República*, Série I(229). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/253/2012/11/27/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio. *Diário da República*, Série I(101). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html>
- Deodato, S. (2022). Ética da Investigação em Saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (1ª ed., pp. 97–106). Lidel.
- Departamento da Qualidade na Saúde. (2023). *Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde: Versão 6*. Direção-Geral de Saúde.
- Departamento da Qualidade na Saúde. (2023). *Manual de standards: Unidades de Gestão Clínica*. Direção-Geral de Saúde. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/manual-de-standards--unidades-de-gestao-clinica-me-5-1_08-pdf.aspx
- Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto. *Diário da República*, Série II(153). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro. *Diário da República*, Série II(28). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho n.º 14223/2009, de 24 de junho. *Diário da República*, Série II(120). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14223-2009-3594950>
- Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. *Diário da República*, Série II(102). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. *Diário da República*, Série II(187). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório técnico final*

- (Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde). World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010_2_por.pdf?isAllowed=y&sequence=4
- Direção-Geral da Saúde. (2012 de 30 de junho). *Análise de Incidentes e de Eventos Adversos*. Orientação nº 011/2012 de 30/07/2012. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112012-de-30072012-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2014, de 12 de dezembro). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*. Norma nº 015/2014 de 25/09/2014. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistema-nacional-de-notificacao-de-incidentes_notifica.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022, de 19 de dezembro). *Notificação e gestão de incidentes de segurança do doente*. Norma nº 017/2022 de 19/12/2022. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf
- Duhamel, F., & Fortin, M.-F. (1996). Os estudos de tipo descritivo. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (N. Salgueiro, Trad., pp. 161–172). Lusociência.
- Farokhzadian, J., Dehghan Nayeri, N., & Borhani, F. (2015). Assessment of clinical risk management system in hospitals: An approach for quality improvement. *Global Journal of Health Science*, 7(5), 294–303. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p294>
- Flin, R., & Yule, S. (2004). Leadership for safety: Industrial experience. *Quality & Safety in Health Care*, 13(Suppl 2), ii45–ii51. https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_2.ii45
- Flott, K., Nelson, D., Moorcroft, T., Mayer, E. K., Gage, W., Redhead, J., & Darzi, A. W. (2018). Enhancing safety culture through improved incident reporting: A case study in translational research. *Health Affairs (Project Hope)*, 37(11), 1797–1804. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.0706>
- Fortin, M.-F. (1996). Método de amostragem. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realidade* (N. Salgueiro, Trad.). Lusociência.
- Fortin, M.-F., Brisson, D. P., & Coutu-Wakulczyk, G. (1996). Noções de ética em investigação. In M.-F. Fortin & E. Investigação, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (N. Salgueiro, Trad., pp. 113–130). Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Introdução e fundamentos da investigação. In M.-F. Fortin, *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1ª ed.). Lusodidacta.

- Halperin, O., & Bronshtein, O. (2019). The attitudes of nursing students and clinical instructors towards reporting irregular incidents in the medical clinic. *Nurse Education in Practice*, 36, 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.02.018>
- Institute of Medicine (US) 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). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Tábuas de mortalidade para Portugal 2020-2022. [PDF]. <https://www.ine.pt/xurl/pub/536524505>
- Kam, D., Kok, J., Grit, K., Leistikow, I., Vlemminx, M., & Bal, R. (2020). How incident reporting systems can stimulate social and participative learning: A mixed-methods study. *Health Policy*, 124(8), 834–841. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.018>
- Krouss, M., Alshaikh, J., Croft, L., & Morgan, D. J. (2019). Improving incident reporting among physician trainees. *Journal of Patient Safety*, 15(4), 308–310. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000183>
- Labib, J. R., Kamal Elden, N. M., Hegazy, A. A., & Labib, N. A. (2019). Incident reporting system in pediatric intensive care units of Cairo tertiary hospital: An intervention study. *Archives of Pediatric Infectious Diseases*, 7(4), e91774. <https://doi.org/10.5812/pedinfect.91774>
- Lebre, A., Resende, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). *Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Lima, S. (2011). *Sistema de notificação de eventos adversos: Contributos para a melhoria da segurança do doente* [Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa]. <https://run.unl.pt/handle/10362/9417>
- Martins, L. (2017). *Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central* [Dissertação de mestrado]. Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/7321>
- Mascarenhas, F. A. de S., Anders, J. C., Gelbcke, F. L., Lanzoni, G. M. de M., & Ilha, P. (2019). Facilities and difficulties of health professionals regarding the adverse event reporting process. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28(1), e20180040. <https://doi.org/10.1590/1679-986520193410008>

- Melgarejo, C. R. V., Mastroianni, P. C., & Varallo, F. R. (2019). *Promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde* [Online]. São Paulo: Editora UNESP. <https://doi.org/10.7476/9788595463370>
- Mendes, J. F. R. B. (2022). *Notificação de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria: Perceção dos profissionais de saúde* [Dissertação de mestrado]. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. Repositório da Universidade Nova. <http://hdl.handle.net/10362/154218>
- Ministério da Saúde. (2017). *Bilhete de Identidade dos CSP (BI-CSP)*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *Proposta para a reconfiguração dos Centros de Saúde: Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Naome, T., James, M., Christine, A., & Mugisha, T. I. (2020). Practice, perceived barriers and motivating factors to medical-incident reporting: A cross-section survey of health care providers at Mbarara regional referral hospital, southwestern Uganda. *BMC Health Services Research*, 20(1), 276. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05155-z>
- Nazário, S. S., Cruz, E. D. A., Paes, R. G., Mantovani, M. F., & Seiffert, L. S. (2021). Fatores facilitadores e dificultadores da notificação de eventos adversos: Revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE001245. <https://doi.org/10.37689/acta-ape-2021-1245>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Teoria e Prática* (1ª ed.). Lidel.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). World Alliance for Patient Safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/69797>
- Organização Mundial da Saúde. (2019, May 20-28). *Global action on patient safety. Seventy-Second World Health Assembly*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-en.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2020). Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Sistemas de notificação e aprendizagem de incidentes de segurança do paciente: Relatório técnico e orientações* (F. A. Leite, Trad. 2021). Mizuno. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>

- Portaria n.º 273/2009, de 18 de março. *Diário da República, Sériel*(54).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/273-2009-605344>
- Portaria n.º 411-A/2023, de 5 de dezembro. *Diário da República, Sériel*(234).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/411-a-2023-225265452>
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico (2ª ed.). Novo Hamburgo: Feevale.
- Rashed, A., & Hamdan, M. (2019). Physicians' and nurses' perceptions of and attitudes toward incident reporting in Palestinian hospitals. *Journal of Patient Safety*, 15(3), 212–217.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000218>
- Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março. *Diário da República, Sériel*(48).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>
- Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro. *Diário da República, Sériel*(21).
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2003). *Metodologia de pesquisa* (3ª ed.). (F. C. Murad, M. Kassner, & S. C. Ladeira, Trans.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*, 18(5), 325–330. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870>
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., et al. (2010). Caring for our own: Deploying a system-wide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 36(5), 233–240.
- Seys, D., Wu, A. W., Gerven, E. A., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Scott, S. D., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Health care professionals as second victims after adverse events: A systematic review. *Eval Health Prof*, 36(2), 135–162.
<https://doi.org/10.1177/0163278712458918>
- Siman, A. G., Cunha, S. G. S., & Brito, M. J. M. (2017). The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51(1), e03243. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
- Slawomirski, L., Aaraaen, A., & Klazinga, N. (2018). *The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind*. Organisation for Economic Co-operation and Development.
<http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>

- Sousa, L. M., José, H. M., & Novo, A. F. (2022). Investigação em enfermagem: Das prioridades aos reptos. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em enfermagem: Teoria e prática* (1ª ed.). Lidel.
- Sousa, P. (Coord.), Marinho, A. C., Fonte, B. F., Palos, C., Mendes, C., Bordalo, I., Lobão, M. J., & Ramos, S. (Trans.). (2023). *Plano de ação global para a segurança do paciente 2021–2023* (Trabalho original publicado pela Organização Mundial de Saúde, WHO. *Global patient safety action plan 2021–2023*). Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa.
- Sousa, P., & Ferrito, C. (2022). Metodologia qualitativa aplicada à investigação em cuidados de saúde. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em enfermagem: Teoria e prática* (1ª ed.).
- Varallo, F. R., Passos, A. C., Nadai, T. R., & Mastroianni, P. C. (2018). Incidents reporting: Barriers and strategies to promote safety culture. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03346. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017026403346>
- Vijayan, V., & Limon, J. (2022). Increasing patient safety event reporting among pediatric residents. *Cureus*, 14(3), e23298. <https://doi.org/10.7759/cureus.23298>
- Vilelas, J. (2020). Investigação – O processo de construção do conhecimento (3ª ed.). Edições Sílabo.
- Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*, 320(7237), 726–727.
- Yalew, Z. M., & Yitayew, Y. A. (2021). Clinical incident reporting behaviors and associated factors among health professionals in Dessie comprehensive specialized hospital, Amhara Region, Ethiopia: A mixed method study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1331. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07350-y>