



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Gestão em Enfermagem**

### **"Segurança do Doente em Contexto Hospitalar: Perceções dos Enfermeiros"**

**Cátia Sofia Martinho Guerreiro Rosa**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Gestão em Enfermagem**

**"Segurança do Doente em Contexto Hospitalar:  
Perceções dos Enfermeiros"**

**Cátia Sofia Martinho Guerreiro Rosa**

**Dissertação Orientada por:  
Prof. Doutor Pedro Bernardes Lucas**

**2014**



## **AGRADECIMENTOS**

É com grande orgulho e alegria que finalmente e após, um trabalho exaustivo, que exigiu empenho e dedicação chega a altura de agradecer a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a sua realização.

Agradeço ao Professor Pedro Lucas, pela orientação, sugestões e acompanhamento.

A todos os professores e colegas do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Gestão em Enfermagem que contribuíram para o meu crescimento enquanto estudante, enfermeira e pessoa.

Agradeço também aos enfermeiros que se disponibilizaram e participaram nas entrevistas.

A todos os meus colegas de trabalho que contribuíram com muitas trocas de turnos e horas a ouvir-me falar da dissertação.

Quero agradecer ao Gabriel, pela paciência e disponibilidade para me ouvir e apoiar em todos os momentos deste percurso.

Por fim e não menos importante aos meus pais, avós e irmã que me apoiam incondicionalmente.

A todos, o meu grande agradecimento!

## **LISTA DE SIGLAS**

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

CISD – Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente

DGS – Direção-Geral de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

IOM – Institute of Medicine

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

OMS – Organização Mundial da Saúde

WHO – World Health Organization

SNS – Sistema Nacional de Saúde

## RESUMO

A segurança do doente, enquanto componente estruturante da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu relevância nos últimos anos.

A evidência científica sugere que os cuidados de enfermagem poderão ser a solução para a segurança do doente, e que os líderes em enfermagem podem desempenhar um papel crucial na mudança das crenças e valores relativos às práticas de segurança do doente.

Neste contexto surge como questão de investigação: Quais as perceções dos enfermeiros relativamente à segurança do doente, na sua prática de cuidados?

Trata-se de um estudo de caso qualitativo, que abrange catorze enfermeiros com mais de três anos de experiência a desempenhar funções num serviço de internamento de um hospital distrital.

Com este estudo, pretendeu-se identificar as perceções dos enfermeiros relativamente à segurança do doente na sua prática de cuidados. Tendo em conta estas perceções, teve-se como objetivos específicos compreender o conceito de segurança do doente, os contributos dos gestores em enfermagem na gestão da segurança do doente, conhecer as estratégias de promoção da segurança dos doentes e quais os procedimentos que utilizados na prática, para a melhoria da segurança do doente.

No estudo, a segurança do doente foi descrita como muito importante por todos os enfermeiros. Nas entrevistas pôde identificar-se uma cultura de prevenção e proteção do doente tanto a nível físico como psicológico, em que é valorizada a família, o trabalho em equipa e o chefe do serviço como um elo para a resolução de problemas. Muitos dos enfermeiros referiram não reconhecer as medidas de segurança do doente da sua instituição. Foram sugeridas estratégias para melhorar a segurança do doente, indo a maioria de encontro às estratégias apresentadas na literatura.

**Palavras-chave:** segurança do doente, enfermagem, cultura de segurança, gestão em enfermagem e perceções dos enfermeiros.

## **ABSTRACT**

Patient safety as a structural component of quality in healthcare, has assumed a relevant role in the past few years.

Scientific evidence suggest that nursing care may be the answer to patient safety issues and, that nursing leaders may perform a crucial role in changing values and beliefs regarding patient safety practices.

On this context, the following investigation question arises: What are the nurses perceptions regarding patient safety on their nursing practices?

It's a qualitative case study involving fourteen nurses with more than three years of experience working in an acute ward on a district general hospital.

This study intended to identify nurses perceptions regarding patient safety on their nursing practices. Having those perceptions in account, the specific aims were to understand the concept of patient safety, contributes of nursing managers in managing patient safety, know patient safety strategies and procedures employed on practices to improve patient safety.

On this study, patient safety was described by all nurses as very important. The interviews showed the existence of a prevention and protection culture that manifests itself not only at a physical level, but also at a psychological level where the patient's families, team work and nurse manager form as valuable link towards problem solving. Many nurses admitted not recognizing what kind of safety measures are implemented by their institution. Most of the strategies suggested by the participants to improve patient safety followed tendencies present in the literature.

**Keywords:** patient safety, nursing, safety culture, nurse management and nurses perceptions.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>11</b>
<b>1. DA QUALIDADE EM SAÚDE À SEGURANÇA DO DOENTE .....</b>	<b>11</b>
<b>2. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE.....</b>	<b>19</b>
<b>3. GESTÃO EM ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO DOENTE .....</b>	<b>26</b>
<b>PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO .....</b>	<b>33</b>
<b>1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>2. OBJETIVOS DO ESTUDO .....</b>	<b>34</b>
<b>3. DESENHO DO ESTUDO .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1. Tipo de Estudo .....</b>	<b>35</b>
<b>3.2. Instrumento e recolha de dados.....</b>	<b>36</b>
<b>3.3. Local do estudo .....</b>	<b>37</b>
<b>3.4. Os participantes.....</b>	<b>38</b>
<b>3.5. Procedimentos de análise e tratamento de dados.....</b>	<b>39</b>
<b>4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>41</b>
<b>5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I - Guião para a entrevista</b>	
<b>ANEXO II - Pedido de autorização para realização das entrevistas</b>	
<b>ANEXO III - Autorização das entrevistas</b>	
<b>ANEXO IV - Consentimento informado</b>	
<b>ANEXO V - Caracterização dos participantes</b>	
<b>ANEXO VI - Grelha de análise, Definição de temas, categorias e subcategorias</b>	

## INTRODUÇÃO

A obtenção de qualidade em saúde serve o propósito de alcançar os melhores resultados nos doentes, tanto ao nível da melhoria do bem-estar como na satisfação com os cuidados, dentro de um sistema bem organizado, mantendo os custos a um nível mínimo. Para atingir este objetivo é necessário o empenho total e completo envolvimento das pessoas e das organizações de saúde (Tappen, 2005).

Uma das componentes estruturantes e essenciais da qualidade na prestação de cuidados de saúde é a segurança do doente, existindo atualmente um conjunto de evidência e um vasto conhecimento factual sobre as implicações que a segurança dos doentes ou a sua falta, tem sobre as organizações, os seus profissionais e, principalmente, os doentes que a elas recorrem (Sousa, 2006).

Nos últimos anos têm sido realizados esforços para desenvolver sistemas de cuidados de saúde com o apoio de organizações internacionais que têm como objetivo a promoção da segurança dos doentes (Richardson & Storr, 2010). Essas organizações internacionais como, o *Institute of Medicine* (IOM) (Estados Unidos da América), a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), a *National Patient Safety Agency* (Inglaterra) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), têm destacado alguns focos prioritários na abordagem à problemática da segurança dos doentes como a comunicação, a coordenação, a notificação de eventos adversos e a cultura de segurança.

A promoção de uma cultura de segurança é relevante na segurança dos doentes dentro das organizações de saúde, pois nesta encontram-se os comportamentos organizacionais e individuais, as crenças e os valores partilhados. Para alguns autores existe uma associação entre os fatores da cultura e os resultados na segurança. A modificação desses fatores poderá comportar benefícios para o doente (Feng, Bobay & Weiss, 2008).

A cultura de segurança dos doentes assim como a cultura organizacional necessita ser transmitida por uns, enquanto outros necessitam apropriar-se dela, para assim compartilharem crenças e valores. Especificamente na cultura de segurança existem três componentes estruturantes: uma cultura justa, em que as pessoas não são punidas pelos seus erros, uma cultura de notificação do erro e de

eventos de risco e uma cultura de aprendizagem através do erro (Reason, 1998; Fragata, 2011).

Para Sousa (2006) a cultura de culpabilização em detrimento da falta de uma cultura de segurança, em que não são valorizadas a análise das situações e a aprendizagem assim como a ausência de orientações gerais e específicas acerca da segurança do doente são alguns aspetos que contribuem para o desconhecimento da verdadeira dimensão e das consequências associadas às falhas na segurança dos doentes em Portugal.

Uma cultura de segurança é fundamental para os cuidados de saúde. Poderão os enfermeiros contribuir para o seu desenvolvimento?

O objetivo primordial da profissão de enfermagem é ajudar os indivíduos a alcançar, preservar e restaurar a sua saúde. A saúde é um estado dinâmico do ciclo de vida de cada indivíduo ou grupo, sendo a doença uma interferência neste ciclo. Durante o período de doença os enfermeiros desempenham um papel relevante na assistência aos indivíduos, sempre num processo de interação com eles e o ambiente, de forma a estabelecerem e atingirem objetivos que permitam uma utilização dos recursos internos e externos que levem à melhoria da saúde (King, 1971)

Os enfermeiros parecem encontrar-se na posição ideal para garantir a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança dos doentes. Para Bargagliotti & Lancaster (2007) citados por Richardson & Storr (2010), a profissão de enfermagem é descrita como uma forte rede de segurança para os consumidores dos cuidados de saúde. Afirmção suportada por outros autores, referindo que é esperado que os enfermeiros estabeleçam uma relação com os indivíduos ajudando-os a lidar com os seus problemas de saúde, mas que também suportem a necessidade de segurança dos indivíduos, sendo o alicerce da prática da segurança, ou a última camada na teoria do “queijo Suíço” (King, 1971; Spears, 2005 citado por Richardson & Storr, 2010).

Se a enfermagem é a chave para toda e qualquer iniciativa dentro deste tema, existirão responsabilidades acrescidas para os profissionais que, sem preparação prévia ou suporte organizacional, poderão não ser capazes de responder a essas exigências (Richardson & Storr, 2010).

Para Fernandes & Queirós (2011) os enfermeiros têm uma enorme influência no comportamento organizacional visto serem o grupo profissional mais numeroso nos hospitais portugueses e também, com maior contato com os doentes/famílias. Devido às competências e características do seu desempenho profissional, com uma intervenção clínica determinante, encontram-se muitas vezes entre a tomada de decisão e a execução. Por estes motivos, aquilo que eles pensam, dizem e fazem, influencia em definitivo, a cultura de segurança do doente. Neste contexto, avaliar a cultura de segurança do doente, na perspetiva dos enfermeiros, é um primeiro passo para identificar áreas problemáticas ou fatores que se apresentem críticos.

Os gestores em enfermagem têm uma grande influência na organização e na gestão das unidades ou departamentos de enfermagem. Estes decidem como o trabalho deve ser desenvolvido, influenciam o clima organizacional e determinam também como devem ser organizados os cuidados ao indivíduo/família estando assim, numa posição privilegiada para a mudança da cultura de segurança nas suas próprias unidades, através da implementação de princípios e estratégias com evidência científica. Ao terem sucesso, estas estratégias podem ter um efeito repercussivo no resto da organização (Marquis & Huston, 1999; Fei & Vlasses, 2008).

A escolha do tema desta dissertação esteve relacionada com nosso interesse pela área da qualidade em saúde, particularmente a segurança do doente. Existe hoje um grande desenvolvimento acerca deste tema porém, existem ainda inúmeras problemáticas que podem vir a ser solucionadas conhecendo quais as atitudes e crenças que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, adotam face à segurança do doente.

Neste trabalho, realizou-se uma abordagem da segurança do doente mais direcionada para a liderança como componente da cultura de segurança, não aprofundando temas já estudados como as questões relacionadas com o erro e as respostas punitivas, mas sim tentando identificar as perceções dos enfermeiros face às estratégias desenvolvidas pela gestão em enfermagem relativamente à segurança do doente numa instituição hospitalar.

Assim, tendo em conta o estado de arte atual relativo à segurança do doente e a importância de uma cultura de segurança para a melhoria dos cuidados em enfermagem, a **questão de investigação** é: Quais as perceções dos enfermeiros relativamente à segurança do doente, na sua prática de cuidados?

Esta questão levou ao **objetivo geral** do trabalho que pretende identificar as perceções dos enfermeiros relativamente à segurança do doente, na sua prática de cuidados. E tem como objetivos específicos:

- Compreender como é percecionado o conceito de segurança do doente pelos enfermeiros;
- Identificar os contributos da gestão em enfermagem na gestão da segurança do doente;
- Conhecer quais as estratégias de promoção da segurança dos doentes, identificadas pelos enfermeiros;
- Identificar junto dos enfermeiros os procedimentos que utilizam na prática para a melhoria da segurança do doente.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se organizado em duas partes essenciais: o enquadramento conceptual e o trabalho empírico.

No enquadramento concetual abordam-se três temas relacionados com a segurança do doente e interligados entre si. Inicia-se por aspetos mais gerais da qualidade em saúde e a sua relação com a segurança do doente, posteriormente aborda-se a cultura da segurança do doente e por fim, a gestão em enfermagem na segurança do doente.

Na segunda parte, trabalho empírico, apresenta-se o problema de investigação, os objetivos do estudo e o desenho da investigação, definindo-se aqui o tipo de estudo, o instrumento de colheita de dados e os participantes. Neste capítulo temos também o tratamento e análise dos dados.

O trabalho termina com as conclusões do estudo, onde se incluem contributos deste para a gestão em enfermagem, prestação de cuidados e investigação assim como as suas principais limitações.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 1. DA QUALIDADE EM SAÚDE À SEGURANÇA DO DOENTE

Hoje, as expectativas dos utilizadores dos cuidados de saúde e da população em geral estão no nível mais elevado de sempre, tendo contribuído para isto a facilidade no acesso e difusão da informação e a mudança de cultura para uma lógica de exigência e responsabilidade social (Sousa, 2006).

Como refere Fragata (2011, p. 1), “no passado, o exercício da medicina era simples, pouco eficaz, mas geralmente seguro, raramente provocando danos colaterais ou complicações relacionadas com o tratamento”. Contudo, ao longo das décadas a qualidade em saúde tem sido uma preocupação de vários teóricos e investigadores, sendo que a dimensão de qualidade foi abordada pela primeira vez, no século XIX, por Florence Nightingale, posteriormente parametrizada por Ernest Codman no início do século XX e teve a sua primeira definição organizada e consistente no final dos anos 60, por Avedis Donabedian (Fragata, 2011).

A qualidade em saúde pode ser definida de várias formas (possíveis e legítimas) dependendo do local onde o indivíduo se localiza dentro do sistema de cuidados de saúde assim como a natureza e grau da sua responsabilidade no mesmo (Donabedian, 1997).

O *Institute of Medicine* definiu em 1990 que qualidade significa o grau em que, os serviços de saúde para indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de atingir resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (IOM, 2000).

Esta definição tem sido aceite por diversas organizações e é também, segundo Whitehead, Weiss & Tappen (2010), a definição base para a gestão dos cuidados em enfermagem.

Da qualidade em saúde fazem parte 6 componentes essenciais (WHO, 2006; IOM, 2001, citado por Whitehead, Weiss & Tappen, 2010):

- **Segurança:** cuidados de saúde que minimizam os riscos e evitam danos para o doente;

- **Eficácia:** cuidados baseados na evidência científica, a todos os que deles beneficiam;

- **Cuidados centrados no doente:** cuidados que respeitem e respondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos;

- **Acessibilidade:** cuidados de saúde no tempo devido, geograficamente bem distribuídos, e prestados num local onde existem as condições apropriadas (competência e recursos);

- **Eficiência:** cuidados de saúde que maximizem os recursos e evitam desperdícios;

- **Equidade:** cuidados de saúde sem discriminação;

Como podemos verificar a segurança é um dos itens englobados na qualidade dos cuidados de saúde, pois não poderá existir qualidade com uma prestação insegura, erros e complicações, podendo ainda acrescentar-se que “mais segurança promove sempre qualidade superior e ainda menores custos (sai mais barato fazer bem e à primeira vez!)” (Fragata, 2011, p. 19).

Pela consciência crescente de que as intervenções em saúde podem resultar em danos evitáveis para o doente, a segurança do doente tornou-se uma preocupação dos sistemas de saúde em todo o mundo, pelo que se tem vindo a assistir nos últimos anos, ao desenvolvimento de políticas globais e de estratégias para a promoção da segurança dos doentes em vários países (Comissão das Comunidades Europeias, 2008).

Um dos marcos históricos e decisivos na temática da segurança dos doentes ocorreu no início do século XXI com a publicação do relatório “*To Err is human*” pelo *Institute of Medicine* (Fragata, 2011).

O relatório tinha como objetivo principal quebrar o ciclo de inércia vivido até aí em relação à segurança dos doentes, não só nos hospitais, como nos cuidados de ambulatório, nas clínicas médicas, nas instituições de acolhimento de populações vulneráveis, farmácias, entre outros. Evidenciou o tema da segurança na medicina, ao revelar que, entre 44 000 e 98 000 americanos poderiam morrer, por ano, nos Estados Unidos da América (EUA) em consequência de erros no sistema de saúde (IOM, 2000; Fragata, 2011).

Para reduzir os erros e eventos adversos o relatório menciona que seria necessária uma abordagem multifacetada da segurança dos doentes, indicando recomendações que se centram na construção de uma liderança em saúde e conhecimento centrado na segurança do doente, nos sistemas de registo voluntário de erros e na sua proteção legal, na definição de padrões de desempenho para a segurança do doente e no desenvolvimento de sistemas de segurança nas organizações de saúde (IOM, 2000).

No início do século XXI nasceram agências de segurança do doente em todo o mundo, como por exemplo a *World Alliance for Patient Safety* criada em 2004, sob a orientação da OMS (WHO, 2008).

Esta organização contou com inúmeros parceiros, sendo um deles a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO). Organizaram-se para promover a segurança do doente com o lema “*First do no harm*” e reduzir as consequências dos cuidados de saúde não seguros (Fragata, 2011).

A *National Patient Safety Agency* (National Patient Safety Agency, 2004; Sousa, 2006) definiu, sete passos essenciais para planear e melhorar a segurança dos doentes nas instituições de saúde:

1. Estabelecer um ambiente de segurança através de uma cultura aberta e justa;
2. Liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança dos doentes;
3. Integrar as atividades de gestão de risco desde a identificação das causas até à definição das ações corretivas ou preventivas;
4. Promover o reporte dos eventos ou “*near misses*”, assegurando que os profissionais de saúde podem sem receios persecutórios reportar os incidentes;
5. Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral. Desenvolver formas para comunicar e auscultar os doentes acerca da problemática dos eventos adversos;
6. Aprender e partilhar experiências. Encorajar os profissionais de saúde a analisar a raiz dos problemas e as causas que estão subjacentes no sentido de aprender como e porquê o incidente ocorreu. A difusão da informação acerca das causas dos incidentes é fundamental para diminuir ou evitar episódios recorrentes;

7. Implementar soluções, para prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos doentes, através de mudanças nas práticas, nos processos e na estrutura da organização, sempre que tal se verifique necessário.

Na Europa, segundo a Comissão das Comunidades Europeias até 2008 já tinham sido adotadas medidas concretas em determinados domínios para responder à questão da segurança dos doentes. Estas orientaram-se principalmente para fontes específicas do risco, como a segurança dos medicamentos, os dispositivos médicos e a resistência aos agentes antimicrobianos, não respondendo inteiramente às necessidades dos doentes, pois não tinham em conta as barreiras gerais culturais, de liderança, sistémicas, de comunicação e processuais para melhorar a segurança.

Assim, a mesma comissão sugeriu posteriormente uma abordagem integrada que colocasse a segurança dos doentes no centro de sistemas de saúde sendo para isso necessário reunir todos os fatores que têm um impacto sob a segurança dos doentes (Comissão das Comunidades Europeias, 2008).

Em 2009 o Conselho da União Europeia sugeriu recomendações para a segurança dos doentes aos estados membros da União Europeia, entre outras o apoio às instituições e o desenvolvimento de políticas e programas nacionais para a segurança dos doentes; o apoio no estabelecimento ou reforço de sistemas de notificação e de aprendizagem não recriminatórios sobre eventos adversos e a classificação e mensuração da segurança dos doentes a nível comunitário (Luxemburgo, Conselho da União Europeia, 2009).

Apesar de a “segurança do doente” não ser ainda um tema muito estudado em Portugal, existe já uma evolução no sentido de melhorar os aspetos da segurança do doente através de políticas de saúde, como por exemplo a recomendada pelo XVIII Governo Constitucional, no âmbito do tópico – reforçar o sistema de saúde/qualidade, que refere que “o SNS deve ter por objetivo oferecer aos cidadãos o acolhimento e a prestação de cuidados de elevada qualidade”, com iniciativas como “identificar, promover e disseminar as actividades assentes em critérios de boas práticas, centradas na satisfação das necessidades dos doentes, otimizando os resultados em saúde” e “desenvolver mecanismos de gestão de risco, que assegurem o aumento da segurança, nomeadamente: qualidade da prescrição,

utilização racional do medicamento, prevenção e luta contra a infecção” (XVIII Governo Constitucional, 2010, p. 76).

Outro dos documentos que refere algumas destas medidas para as instituições hospitalares é “A Organização Interna e a Governação dos Hospitais” (Ministério da Saúde, 2010) onde são focados como principais pontos de atenção para o desenvolvimento da segurança, o controlo de infeção, o erro terapêutico, as quedas e outros fatores de natureza física (riscos associados ao calor, ruído, radiações), química (riscos associados à utilização de produtos de desinfeção, esterilização, soluções terapêuticas – quimioterapia, gases medicinais), ergonómicos e psicológicos (violência).

Considerando os parágrafos anteriores, pode dizer-se que a segurança do doente é hoje considerada uma componente fundamental da qualidade em saúde contudo, e apesar de parecer um conceito pragmático e bem delimitado, fácil de identificar e analisar, é um tema complexo porque os contextos reais onde se integra apresentam características que tornam a sua abordagem difícil, como a complexidade das organizações, o caráter multifatorial das situações por detrás das falhas de segurança e a sensibilidade do tema (Sousa, 2006; Fragata, 2011).

Para melhor explorar o conceito de “segurança do doente” é necessário esclarecer alguns conceitos.

Visto o “doente” ser o objetivo das práticas de segurança torna-se relevante refletir quem é o sujeito “doente” deste conceito mais abrangente. Existem várias definições para doente ou indivíduo que necessita de cuidados de saúde, contudo é necessário perspetivar este doente como uma pessoa, que no seu ciclo de vida procurou cuidados de saúde e que durante este período necessitou de sentir a sua segurança garantida. Neste processo, o indivíduo mantém a sua capacidade de pensar, conhecer, tomar decisões e selecionar vias de ação alternativas, mantém-se em interação constante com o ambiente e continua a ser único e holístico diferindo de outros indivíduos nas suas capacidades, desejos e objetivos (King, 1981 citada por Sieloff, 2003).

Outro aspeto essencial do doente para os cuidados de enfermagem é a compreensão da forma como os seres humanos interagem com o seu ambiente. Cada pessoa é um sistema aberto o que implica uma interação com outros sistemas

e com o ambiente do sistema. Pelo que o “doente” ser tanto a pessoa a proteger de potenciais erros, mas pode ele também ser uma alavanca para evidenciar erros e melhorar a gestão do risco nos seus cuidados de saúde e no ambiente que o circunda.

“Segurança” é o outro conceito importante. Existem algumas definições como por exemplo, liberdade de danos acidentais (*freedom from accidental injury*) definida pela IOM (2000) ou a definição proposta pela OMS na estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD): “segurança é a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face ao conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento” (DGS, 2011, p. 14).

É também relevante abordar o erro como um conceito chave para a segurança nos cuidados de saúde. O erro é “a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano” (DGS, 2011, p. 15). Errar pressupõe que tenha havido um plano prévio e que o erro tenha sido involuntário (Fragata, 2011).

O erro pode ser abordado de duas perspectivas. A primeira, a abordagem tradicional, põe a sua ênfase no erro humano e tende a atribuir a culpa ao indivíduo, enquanto a abordagem sistémica foca-se na cadeia de eventos que levaram ao incidente. Para este autor a abordagem tradicional parece permanecer como dominante na análise dos erros, pois culpar o indivíduo é emocionalmente e legalmente mais satisfatório do que analisar as instituições contudo, embora alguns erros possam ter a sua origem nos indivíduos pela má opção de escolher entre comportamentos seguros ou inseguros, a maioria dos erros não o é (Reason, 2000).

Por sua vez, na abordagem sistémica os erros são encarados como consequências ao invés de causas, tendo a sua origem no acumular de fatores sistémicos, que incluem os erros recorrentes no local de trabalho e os processos organizacionais que os originam (Reason, 2000).

A segurança envolve também o conceito de acidente, ou seja, uma ocorrência indesejável que afeta o decorrer do processo e que compromete, definitivamente, o resultado planeado, causando danos *major* com consequências, possivelmente

permanentes (Fragata, 2011). Para que um acidente ocorra, é necessário um encadeamento de erros, que envolvem um “suceder intrincado de causas organizacionais e de causas individuais” (Fragata, 2011, p. 25).

Para explicar a gênese dos acidentes em sistemas de organização complexos, Reason desenvolveu a teoria do queijo suíço (*Swiss cheese model*), em que a defesa, as barreiras e salvaguardas ocupam um lugar principal na abordagem sistémica do erro. Este refere que existem sistemas com várias camadas de defesa, que num mundo ideal seriam intactas, mas na realidade estas camadas são como fatias de queijo suíço, com muitos “buracos” ou falhas, só que neste caso os “buracos” estão continuamente a abrir, a fechar e a mudar de posição. Na presença de furos apenas numa camada não causa qualquer resultado negativo (Reason, 2000). Normalmente, isso só pode acontecer quando os “buracos” existem em várias camadas e momentaneamente se alinham, existindo então várias falhas de segurança e ausência de defesas permitindo uma trajetória para a ocorrência de um acidente (Reason, 2000).

Segundo Reason (2000), quase todos os eventos adversos ou neste caso buracos nas defesas surgem por duas razões:

- Falhas ativas: atos inseguros cometidos por pessoas que estão em contato direto com o utente ou sistema;
- Falhas latentes: agentes patogénicos dentro do sistema, que resultam de decisões dos gestores, construtores ou de quem elabora procedimentos. Estes agentes podem traduzir-se em erros dentro do local de trabalho (por exemplo, pressão de tempo, equipamentos, falta de pessoal, fadiga e inexperiência). Estas falhas podem estar latentes dentro dos sistemas antes de se combinar com falhas ativas e criar uma oportunidade de acidente, são muitas vezes difíceis de prever, mas necessitam ser identificadas e corrigidas.

A gestão do risco do erro depende acima de tudo de uma cultura de comunicação do erro, pois sem a análise detalhada de incidentes, acidentes, eventos adversos e “*near misses*”, não existe a oportunidade de aprendizagem e de modificação dos fatores (Reason, 2000).

Na área da saúde entre os acontecimentos adversos mais frequentes encontram-se as infeções associadas aos cuidados de saúde, os incidentes

relacionados com a medicação e as complicações durante ou após intervenções cirúrgicas, sendo que alguns acontecimentos adversos estão ligados aos riscos intrínsecos decorrentes de intervenções ou medicamentos necessários (Comissão das Comunidades Europeias, 2008).

No entanto, outros acontecimentos adversos são causados por erros passíveis de prevenção, por exemplo: erros de diagnóstico, intervenção nula ou inadequada em resposta a resultados de testes, prescrição, distribuição ou administração do medicamento errado ou em doses incorretas ou em combinação com outros medicamentos não adequados, ou falhas no equipamento técnico (Comissão das Comunidades Europeias, 2008).

Por sua vez, na área de enfermagem, os estudos realizados demonstram uma relação consistente e estatisticamente significativa, entre os cuidados de enfermagem e resultados negativos nos utentes internados no hospital. Os resultados que parecem mais sensíveis a esta relação são: os erros de medicação, as quedas dos doentes, as infeções pós-operatórias, o tempo de internamento e a morte (Clarke, 2003).

## 2. CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

As organizações de saúde devem desenvolver uma cultura de segurança de tal forma que os processos da organização e os seus profissionais de saúde estejam empenhados em melhorar a fiabilidade e a segurança dos cuidados aos doentes. A segurança deve ser uma meta organizacional explícita, demonstrada por uma administração forte e pelo envolvimento da gestão, da liderança e da governação clínica (IOM, 2000).

A cultura representa “o conjunto de perceções e de comportamentos de um grupo ou organização e traduz o modo como esta exerce a sua atividade” (Fragata, 2011, p. 82), reúne os valores, crenças e comportamentos partilhados por todas as pessoas de um grupo, e de uma forma resumida significa “o modo como fazemos as coisas por aqui” (em inglês: *the way we do things around here*) (Fragata, 2011; Feng, Bobay & Weiss, 2008).

Por sua vez, a cultura de segurança de uma organização, define-se como o produto do indivíduo e dos valores do grupo (profissionais), atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo, a proficiência, a saúde de uma organização e a sua gestão da segurança. As organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por uma comunicação baseada na confiança mútua, por perceções compartilhadas da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas do erro (*Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations* citado por Nieva & Sorra, 2003).

Para entender a cultura de segurança do doente é exigida uma compreensão dos valores, crenças e normas sobre o que é importante numa organização de saúde e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do doente são suportados, recompensados e esperados (Sorra, Famolaro, Dyer, Nelson & Khanna, 2010).

A cultura de segurança pode ser representada pelo grau observável de empenho (intensidade e persistência) com o qual todos os profissionais da organização se dedicam diariamente nas atividades da melhoria da segurança. Medir este empenho pode ser diferente dependendo das organizações e dos

indivíduos contudo, uma forma de o avaliar pode ser através do questionar o “outro” acerca de atos inseguros, do relato de eventos e condições adversas, e do tipo de prioridades relativas às questões da segurança (Locke & Latham, 1990, citados por Feng, Bobay & Weiss, 2008).

Linkow (1989), citado por Feng, Bobay & Weiss (2008) diferencia as crenças dos valores referindo que as crenças são suposições sobre o que é verdadeiro, enquanto os valores são suposições sobre o que vale a pena ou o que é desejável.

Os enfermeiros utilizam na sua prática diária uma percepção consciente das necessidades ou problemas dos indivíduos através da observação direta ou indireta, e é nesta “percepção” que assentam as suas ações, de forma mais ou menos planeada dependendo das situações (King,1971). Da mesma forma, a perspectiva dos enfermeiros dos valores relativos à segurança são importantes e podem afetar o comportamento dos enfermeiros. Já as normas de segurança como a expressão dos valores e das crenças focam-se nas regras não escritas que guiam os comportamentos de segurança. Estas transmitem uma sensação de identidade aos enfermeiros (Feng, Bobay & Weiss, 2008).

Os comportamentos de segurança podem ser únicos em cada unidade ou grupo, mas também podem formar um padrão cultural, que se difunde em toda a organização e que vai sendo adquirida pelos novos profissionais (Feng, Bobay & Weiss, 2008).

A cultura nas organizações hospitalares ou de prestação de cuidados de saúde é complexa e constituída por 3 camadas, a nacional, que “diz respeito às características gerais de atuação”; a institucional, que “reflete a abertura de comunicação, a adesão às regras e protocolos e a preocupação com a segurança, entre outras”; e por fim, a cultura profissional, que “reflete a motivação para fazer bem, mas também (e muito negativamente), a procura excessiva de autonomia, o ignorar o impacto da fadiga sobre o desempenho, o sentido vivido de invulnerabilidade, entre outros” (Fragata, 2011, p. 162).

A cultura profissional e organizacional deve ser submetida a uma transformação para a promoção e melhoria da segurança nos cuidados ao doente. Deve abandonar a filosofia do desempenho individual perfeito e livre de erros e concentrar-se, na conceção de sistemas de segurança, distanciando-se assim da cultura de

culpabilização e vergonha que impede o reconhecimento do erro e, portanto, qualquer possibilidade de aprender com este (Nieva & Sorra, 2003).

Para Reason (1998) e Fragata (2011) a cultura de segurança deve basear-se em 4 componentes:

- Cultura justa: não existe punição pelo erro, só as violações são punidas;
- Cultura flexível: as pessoas são capazes de se adaptar às mudanças;
- Cultura de reporte de eventos de risco;
- Cultura de aprendizagem em torno das falhas.

Numa cultura organizacional onde não estão asseguradas as condições acima referidas, as inovações introduzidas para melhorar a segurança do doente podem nunca atingir o seu potencial.

Por exemplo, a implementação de sistemas de notificação de eventos adversos não irá resolver os problemas de subnotificação dentro de uma cultura punitiva em que o reconhecimento do erro não é aceitável. Os métodos analíticos, tais como a *root cause analysis* (que tem como objetivo avaliar em retrospectiva os eventos adversos) não terá sucesso em descobrir fontes latentes de erro se a equipa, estiver ligada por um código de silêncio implícito e pelo medo de desafiar a hierarquia institucional, se sentirem desconfortáveis com a exposição das debilidades nos processos pelos quais são responsáveis, ou ainda se não existir uma liderança forte, capaz de participar nos processos e de ser facilitadora da mudança (Nieva & Sorra, 2003; Fragata, 2011).

Quando se pretende modificar a cultura e tornar o ambiente mais seguro, surgem reações, que podem ser barreiras a vencer (Fragata, 2011). Num estudo qualitativo de Ques, Montoro & González (2010) acerca das opiniões dos enfermeiros sobre as ameaças e fraquezas da segurança do doente foram identificadas 5 categorias: a profissão, a organização e as infraestruturas, os indicadores, a comunicação e a cultura de segurança e a formação relativa à segurança dos doentes. Em relação à cultura de segurança os enfermeiros referiram que existia carência de comunicação e de notificação de eventos adversos, bem como dificuldades em aceitar o erro humano sem a tendência da culpabilização.

Por outro lado, os enfermeiros referiram como uma oportunidade de desenvolver as estratégias de segurança dos doentes, a promoção de uma cultura de segurança,

referindo que esta possibilita a transformação da cultura organizacional, o trabalho em cooperação, e a valorização da crença de que a mudança e a melhoria da qualidade são possíveis.

As barreiras na mudança da cultura podem ser resistências dos indivíduos ou das organizações. As culturas podem ter mais ou menos barreiras consoante o seu nível de maturidade, este pode ser analisado através classificação de Parker-Hudson, que define 5 tipos de cultura, a patológica, a reativa, a calculista, a proactiva e a geradora (Fleming & Wentzell, 2008; Fragata, 2011).

As organizações podem assim ir desde uma visão da segurança onde os acidentes são encarados como inevitáveis e as medidas de segurança como perturbadoras do trabalho, até à visão da segurança como um investimento e não como um custo. Neste tipo de organização os profissionais sentem-se à vontade na declaração dos eventos, por existir um ambiente livre de culpa e as atividades procuram a melhoria contínua, recolhendo indicadores de segurança mesmo quando não existem incidentes (Fleming & Wentzell, 2008; Fragata, 2011).

Numa revisão da literatura Feng, Bobay & Weiss (2008) referem a cultura de segurança dos doentes como sendo constituída por 7 dimensões baseadas em evidência científica que estão relacionadas com a melhoria da segurança dos doentes ou com a ocorrência de eventos adversos, estas estão agregadas em 4 sub-dimensões:

### **1. Sistema**

- Integridade do sistema: políticas, standards e procedimentos, orçamento, dotação de recursos humanos e horário e recursos materiais;

- Suporte da gestão: a liderança é importante na criação e formação da cultura da segurança do doente no ambiente de trabalho, pois os valores de segurança podem ser transmitidos aos membros do grupo, referindo-a como uma prioridade. Os comportamentos de segurança dos membros do grupo podem ser reforçados através de recompensas, de um ambiente de comunicação aberta dos eventos adversos e de uma análise justa das causas dos erros.

### **2. Indivíduo**

- Competência individual: garantia de que os enfermeiros têm os conhecimentos e competências técnicas e relacionais adequadas à prestação de cuidados;

- Compromisso individual: abrange o envolvimento pessoal nas decisões sobre a segurança do doente e dos esforços para a manter. Está relacionado com a motivação.

### **3. Tarefas**

- Valores e crenças: que os enfermeiros têm relativamente às atividades que desempenham, à sua complexidade, à frequência com que as realizam, e também às características do ambiente de trabalho como suporte dos comportamentos de segurança e à viabilidade em implementar comportamentos de segurança.

### **4. Interatividade**

- Comunicação: a comunicação aberta de questões de segurança enfatiza determinados aspetos como o relato e a discussão dos erros, a aprendizagem com a experiência, e a promoção de uma equipa de profissionais competentes. A comunicação eficaz é tanto, um antecedente como um atributo de uma cultura de segurança do doente;

- Gestão de parcerias: com os doentes/famílias que devem ser considerados o centro dos cuidados. Vários estudos demonstram uma relação positiva entre o cuidado centrado no doente e os resultados positivos na qualidade dos cuidados; com os restantes profissionais de saúde e também com o governo.

O interesse na avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde tem crescido em paralelo com o crescente foco na melhoria da cultura de segurança. A fim de transformar a cultura é importante primeiro entendê-la. As ferramentas de avaliação da cultura fornecem uma avenida para tal compreensão (Nieva & Sorra, 2003).

A aplicação de questionários para conhecer a cultura de segurança pode ser considerada uma "intervenção", um meio de educar os profissionais de saúde do hospital e aumentar a sua consciencialização sobre questões de interesse relacionadas com a segurança dos doentes (Sorra et al., 2010).

Muitas vezes, a perceção do fracasso das pesquisas como um meio para criar uma mudança duradoura é realmente o planeamento defeituoso ou inexistente das ações *a posteriori* da pesquisa, porque apenas a pesquisa não é suficiente, a divulgação dos resultados não é o ponto final no processo de pesquisa, mas na realidade o começo (Sorra et al., 2010).

Em relação à investigação da cultura de segurança dos doentes a AHRQ sugere sete passos (baseados no livro *Designing and Using Organizational Surveys: A Seven-Step Process* de Church & Waclawski, 1998) para o planeamento de ações baseadas nos resultados da investigação. Os autores referem que não deve avaliar-se a cultura de segurança frequentemente pois a mudança é lenta e pode demorar anos a alterar-se (Sorra et al., 2010).

Os passos vão ajudar os investigadores/gestores a aplicarem as medidas de forma gradual e dando *feedback* aos profissionais de saúde e aos gestores, dos resultados da investigação e das intervenções específicas.

Destacam-se nestes passos a interpretação e compreensão dos resultados da investigação para identificar padrões, pontos fortes da cultura de segurança, áreas a melhorar, e comparar com os resultados de outros hospitais; o desenvolvimento de planos de ação focados, visando o incentivo e capacitação dos profissionais para o desenvolvimento de planos de ação ao nível de cada unidade; a comunicação dos planos de ação e os resultados esperados, que ajudarão a esclarecer os papéis e responsabilidades dos profissionais envolvidos.

E por fim, a implementação dos planos de ação, pela abordagem PDCA (*Plan-Do-Check-Act*); o acompanhamento dos progressos e avaliação do impacto das intervenções; sem esquecer a partilha sobre “o que resultou” após o hospital ter encontrado formas eficazes de lidar com uma área particular, as mudanças podem ser implementadas noutros departamentos dentro do hospital, noutros hospitais e devem ser divulgadas a nível nacional e internacional.

Em Portugal existe já alguma evidência científica relativa à cultura de segurança dos doentes sendo que, durante 2011 foi realizado um estudo em 8 hospitais portugueses, revelando alguns dados interessantes, como por exemplo, os profissionais de saúde revelarem que raramente reportavam eventos adversos e que consideram que o seu superior hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente (Ministério da Saúde, 2011).

Num estudo realizado a enfermeiros portugueses igualmente acerca da cultura de segurança dos doentes, estes consideraram que a resposta dos sistemas aos erros é punitiva e estigmatizante, e que leva a uma baixa frequência de relato ou

notificação de eventos adversos, evidenciando a cultura de culpabilização, subnotificação e ocultação existente nos serviços (Fernandes & Queirós, 2011). Contudo, e como refere Fragata (2011) os enfermeiros em Portugal são das profissões da saúde que mais relatam e reportam os incidentes, facilitando a aprendizagem com o erro.

Os enfermeiros gestores/chefes estão numa posição privilegiada para a mudança nas suas próprias unidades, na melhoria da segurança dos doentes e podem fazê-lo implementando princípios e estratégias com evidência científica, ao terem sucesso nestas atividades, modificam a cultura de segurança que pode ter um efeito repercussivo no resto da organização. É mais fácil para os executivos do hospital aceitar a mudança que já demonstrou resultados positivos ao nível de uma unidade, ao invés de imediatamente tentar lançar um grande plano para a mudança no nível da organização (Fei & Vlasses, 2008).

### **3. GESTÃO EM ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO DOENTE**

A relação da enfermagem com a qualidade dos cuidados e os resultados positivos nos indivíduos tem vindo a ser foco de investigação e os resultados dos estudos demonstram uma forte ligação nesta relação. Um desses estudos é o de Doran, Sidani, Keatings & Doidge (2002) onde foi testado um modelo conceptual (*Nursing Role Effectiveness Model*) desenvolvido precisamente para verificar a contribuição da enfermagem nos cuidados de saúde.

Estes confirmaram as suas hipóteses e três variáveis de desempenho de papéis (comunicação em enfermagem, qualidade dos cuidados de enfermagem independentes e os cuidados interdependentes) foram associadas com a capacidade de auto cuidado terapêutico no momento da alta clínica. O desempenho dos enfermeiros, nos cuidados de enfermagem independentes, foi associado a melhores capacidades funcionais do doente e menores alterações do humor aquando da alta hospitalar.

Os enfermeiros encontram-se geralmente preocupados com a qualidade dos cuidados, existindo estudos que confirmam que quanto maior é a perceção da qualidade dos cuidados prestados maior é o nível de satisfação com o trabalho dos enfermeiros e, quanto menor é essa perceção mais os enfermeiros referem sentir pressão e ameaça relativamente ao seu trabalho e maior tensão no desenvolvimento dos seus papéis (Hall & Doran, 2007).

De uma forma geral, os enfermeiros, têm sucesso na resolução de problemas, o que permite aos hospitais e aos próprios enfermeiros evitar investir tempo e esforços na análise ao nível do sistema, das causas primordiais dos problemas. Contudo, a investigação em enfermagem relacionada com a segurança dos doentes tem evidenciado a urgência de aplicar medidas que evitem “falhas” nos cuidados de enfermagem (Needleman & Buerhaus, 2003).

Os sujeitos envolvidos na gestão da qualidade necessitam encontrar formas de monitorizar os resultados e aprender com os relatos e experiências dos enfermeiros, disponibilizando recursos e criando oportunidades que levem a uma mudança na prática de enfermagem (Needleman & Buerhaus, 2003).

Para a OE (2006)

o desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de acção, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controle de infecção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro) e isto juntando um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infra-estruturas necessárias para o garantir. Os cuidados prestados às pessoas requerem segurança - e isto inclui a informação sobre os riscos e a redução do risco (p. 6).

Segundo Marquis & Huston (1999), tanto os gestores de topo em enfermagem como os chefes de enfermagem têm uma grande influência na organização e na gestão dos cuidados de saúde prestados.

Porém, enquanto os primeiros estão mais direccionados para as decisões relativas à filosofia de cuidados e às necessidades em recursos humanos, os chefes de unidades ou departamentos de enfermagem, decidem como o trabalho deve ser desenvolvido, qual o clima organizacional, como devem ser organizados os cuidados ao indivíduo/família e ainda, qual o plano de atividades, mais efetivo e eficiente para dar resposta aos objetivos da organização.

Para que este planeamento tenha sucesso o gestor precisa conhecer a organização e os seus membros, utilizar sensatamente os recursos disponíveis e coordenar as atividades com outros departamentos. A forma como as atividades são organizadas pode impedir ou facilitar entre outros fatores, a comunicação, a flexibilidade e a satisfação no trabalho (Marquis & Huston, 1999).

Pelas afirmações acima descritas pode referir-se que a gestão em enfermagem está estreitamente ligada às dimensões da cultura de segurança do doente especificamente ao suporte da gestão (Sammer, Lykens, Singh, Mains & Lackan, 2010).

Um estudo realizado por Squires, Tourangeau, Laschinger & Doran (2010) colocou a hipótese de que as perceções de justiça dos enfermeiros e um estilo de liderança ressonante podem melhorar a qualidade da relação enfermeiro/enfermeiro-líder, influenciada por sua vez, pelo “alcance de controlo” do líder.

Outra relação proposta pelo estudo foi a de que as relações com a liderança influenciam positivamente a qualidade do ambiente de trabalho e o clima de segurança. Para os autores, tanto o ambiente de trabalho como o clima de segurança influenciam os resultados dos cuidados de enfermagem e de segurança

do doente e medeiam a influência do líder nos resultados de segurança dos erros de medicação, úlceras de pressão, exaustão emocional dos enfermeiros, absentismo e intenção de abandonar o hospital.

No estudo foi construído um modelo sobre a forma como os líderes podem influenciar os enfermeiros e os resultados de segurança do doente que confirmou as hipóteses colocadas pelos autores. A evidenciar que os erros de medicação, a exaustão emocional dos enfermeiros e a intenção de abandonar o hospital encontravam-se positivamente influenciadas onde os enfermeiros percecionavam que as relações enfermeiro/enfermeiro-líder se baseiam na confiança e no respeito.

Estes resultados vieram reforçar os resultados de outros estudos como por exemplo o de Hall e Doran (2001) em que os enfermeiros que apresentaram uma perceção positiva da liderança no seu serviço, apresentaram maiores níveis de satisfação com o trabalho, menores níveis de pressão e de tensão nos papéis.

A este nível temos também o estudo de Feng, Acord, Cheng, Zeng, & Song, (2011) que confirmou que estatisticamente existe uma relação entre o compromisso dos enfermeiros-chefes e a cultura de segurança do doente.

O estudo de Spence, Laschinger & Leiter (2006), citados por Richardson & Storr (2010), que evidenciou que a liderança em enfermagem desempenha um papel fundamental na criação de condições para o empenho no trabalho e para a segurança do doente. E por fim os resultados do estudo de Vogus & Sutcliffe (2007) em que a partir de um questionário aos enfermeiros e uma análise do número de incidentes reportados através do sistema de comunicação de incidentes, evidenciaram que quando existem níveis elevados de segurança geridos pela organização, uma liderança de confiança e o uso extensivo de planos de cuidados, as unidades passam a ter menos erros de medicação relatados (Richardson & Storr, 2010).

Ao ter tão grande influência sobre os enfermeiros e sobre a segurança dos doentes, os líderes têm poder para criar e desenvolver uma cultura de segurança, em que o doente é a prioridade e os valores de segurança são fomentados. “O líder deve desempenhar um papel ativo na criação do tipo de cultura organizacional que garanta sucesso” (Marquis & Huston, 1999, p. 164).

A cultura de justiça e de não punição pelo erro está ligada ao líder e ao estilo de liderança, pois ao promover um ambiente de abertura e de recompensa pelos comportamentos de segurança vai encorajar os enfermeiros a comunicar os erros e a aprender com estes. Por outro lado, o líder, para além da análise do erro deve procurar reconhecer quais os ganhos na melhoria da segurança do doente, analisando o que foi correto, partilhando-o com os enfermeiros e replicando esses fatores na organização (Callahan & Ruchlin, 2003; Feng, Bobay & Weiss, 2008).

Através da comunicação e de ações o líder demonstra um constante compromisso com a visão da melhoria da segurança do doente, fomentando assim a credibilidade dos valores partilhados em vez de apenas os articular (Callahan & Ruchlin, 2003). Numa cultura de segurança o líder deve afastar-se de soluções autoritárias e providenciar uma atmosfera de trabalho que permita mobilizar os indivíduos num processo de aprendizagem constante de forma a enfrentarem os problemas de forma produtiva.

Como vimos anteriormente um dos itens referidos na evidência científica e na literatura com grande ligação com a cultura de segurança do doente e a liderança é o ambiente de trabalho.

Os benefícios da melhoria das condições de trabalho sobre os doentes têm sido evidenciados por níveis mais elevados de satisfação do doente e melhor qualidade de atendimento (Laschinger et al., 2003; Robertson, 2003; Donahue et al., 2008; Laschinger, 2008 citados por Purdy, Laschinger, Finegan, Kerr, & Olivera, 2010) e nos trabalhadores pelo aumento da eficácia no trabalho e pelo aumento da satisfação (Laschinger & Havens 1996, Laschinger et al. 2003 citados por Purdy et al., 2010).

Também a perceção da segurança dos doentes pode estar afetada pelas condições de trabalho sendo que os enfermeiros sentem pressão por parte das organizações por terem de trabalhar melhor com menos recursos e por parte dos utentes, famílias, sociedade pois esperam que o enfermeiro esteja capacitado para cuidar da melhor forma e nunca causar danos durante os cuidados (Ramanujam, Abrahamson & Anderson, 2008).

Os investigadores Ramanujam, Abrahamson & Anderson (2008) ao estudaram as exigências do ambiente de trabalho através de 6 fatores: exaustão emocional,

exaustão interpessoal, volume de trabalho, controlo pessoal e despersonalização, confirmaram que enfermeiros fazem uma conexão entre suas condições de trabalho e a capacidade de prestar cuidados seguros. Por um lado, cinco dos componentes das exigências do ambiente de trabalho contribuíram negativamente para a percepção da segurança dos doentes, por outro, o nível de controlo pessoal sobre a prática afetou positivamente a percepção dos enfermeiros acerca da segurança dos doentes.

O ambiente de trabalho pode envolver vários fatores, desde as políticas, *standards* e procedimentos de segurança, o planeamento orçamental, a dotação de profissionais, os horários e as condições físicas (planta do hospital/serviço, material, equipamento, entre outros) (Feng, Bobay & Weiss, 2008).

Pode ainda, estar relacionado com as funções desempenhadas pelo profissional e pelas relações que desenvolve com outros profissionais ou pelas condições que incluem o acesso a oportunidades, apoio, informação e recursos.

O acesso a oportunidades no trabalho envolve atividades que proporcionam desafio, crescimento, aprendizagem e autonomia. O acesso à informação sobre conhecimento técnico e sobre as metas organizacionais ajudam a obter resultados no trabalho individual mais eficazes. Os profissionais que recebem apoio na forma de *feedback* e orientação também são mais capazes de atender as expectativas de papel.

A comunicação é fundamental para uma administração e liderança com sucesso, pois o líder/chefe possui a autoridade formal e a responsabilidade de comunicar com várias pessoas na organização, e este ao perceber o ambiente e as pessoas ao seu redor, possui uma compreensão profunda de como está a funcionar o serviço, sendo capaz de intervir quando surgem problemas (Marquis & Huston, 1999).

Na cultura de segurança devem ser utilizadas técnicas de comunicação como a linguagem assertiva e ter em atenção que os enfermeiros necessitam de *feedback* para perceber se o que relataram ou comunicaram foi percebido e reconhecido, aumentando desta forma a confiança e abertura na comunicação de eventos adversos e de resolução de problemas (Sammer et al., 2010).

A formação tem um grande impacto no desenvolvimento dos recursos humanos, sendo associada ao desenvolvimento das organizações e ao desenvolvimento dos

recursos humanos que a constituem (Camara, Guerra & Rodrigues, 2010), ou seja, a formação liga-se, tanto aos desejos de desenvolvimento e valorização dos trabalhadores como às necessidades das organizações, contribuindo para o sucesso de ambos (Bilhim, 2007). As necessidades de formação estão relacionadas com o aumento premente da aquisição de novos conhecimentos e habilidades, que permitem a adaptação às exigências das funções a desempenhar e enquadra-se dentro do processo de socialização organizacional (Frederico & Leitão, 1999).

A formação na cultura de segurança pode ser entendida como a forma de assegurar que os profissionais têm os conhecimentos, competências e informação adequados para prestar cuidados enquanto promovem a segurança do doente (Feng, Bobay & Weiss, 2008).

Por fim, o trabalho em equipa revela-se um fator importante na cultura de segurança pois a cultura da segurança do doente em enfermagem define-se como o produto de valores compartilhados e crenças dos enfermeiros sobre a segurança do doente, ou seja, é do conjunto de entendimentos comuns dos membros da equipa e surge a interação dinâmica recíproca entre as pessoas, tarefas e sistema (Feng, Bobay & Weiss, 2008).

Utilizar o trabalho em equipa nas questões da segurança em enfermagem pode ser imensamente vantajoso porque podem ser utilizadas capacidades complementares dos diversos indivíduos e até mesmo profissões, existe melhoria da coordenação, são criadas sinergias, aumenta a flexibilidade do grupo, o comprometimento dos indivíduos e as oportunidades de crescimento (Tappen, 2005).

Um estudo de Boyle (2004), citado por Richardson & Storr (2010), tentou perceber de que forma os fatores organizacionais no nível das unidades poderia influenciar os resultados nos doentes, medidos através de dados sobre quedas, úlceras de pressão, infeções do trato urinário, pneumonia, paragem cardíaca, mortalidade, tempo de internamento e insucesso na reanimação.

O estudo mostrou que um grau elevado da perceção de autonomia pelos enfermeiros e de perceção de uma boa colaboração com os médicos está associado à diminuição de eventos adversos, como a reanimação e infeções do trato urinário, e quando a continuidade dos cuidados é percecionada pelos enfermeiros como alta,

eventos adversos como a pneumonia, as paragens cardíacas e tempo de internamento foram baixos.

Os enfermeiros constituem mais de metade da força de trabalho na maioria das organizações de saúde, e fazem parte do grupo de profissionais de saúde melhor informados sobre o estado da cultura organizacional e dos cuidados de saúde nas organizações, pelo que faz sentido que estes se envolvam, não só na mudança do seu ambiente de trabalho como de todo o sistema (Fei & Vlasses, 2008; Currie & Watterson, 2007).

Para esta mudança os líderes/gestores em enfermagem necessitam de conhecer e analisar a cultura de segurança presente no seu local de trabalho (hospital, serviço) e realizar uma abordagem multidimensional para formular estratégias que levem ao aumento contínuo da melhoria da segurança do doente.

## **PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO**

### **1. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO**

O problema desta investigação surgiu do interesse pela qualidade dos cuidados em enfermagem, particularmente, no que se refere às questões de segurança do doente e ao princípio de que nos cuidados de saúde deve evitar-se ao máximo provocar danos ao doente.

Após a revisão da literatura inicial acerca do tema pode perceber-se que existem já respostas baseadas em evidência científica recente, tanto a nível nacional como internacional, relativas às questões do erro, do reporte dos eventos adversos e especificamente relacionadas com eventos adversos como o erro terapêutico, as quedas ou as infeções urinárias. Contudo e como refere a Comissão das Comunidades Europeias (2008) existe a necessidade de uma abordagem integrada que coloque a segurança dos doentes no centro dos sistemas de saúde.

Para isso é necessário reunir todos os fatores que tenham impacto na segurança dos doentes, como as barreiras gerais culturais, de liderança, sistémicas, de comunicação e processuais.

Esta necessidade de conhecer melhor a cultura de segurança nos enfermeiros deu origem à questão de investigação: Quais as perceções dos enfermeiros relativamente à segurança do doente, na sua prática de cuidados?

De acordo com a problemática, escolheu-se a metodologia qualitativa, uma vez que se pretende estudar as perceções dos enfermeiros. A utilização desta metodologia permite descrever com maior exatidão os fenómenos e os factos da realidade em estudo e permite também uma multiplicidade de interpretações acerca da mesma realidade, ou como referem Streubert & Carpenter (2002), permite compreender e interpretar a experiência subjetiva num determinado contexto.

Através desta investigação, não pretendemos encontrar “verdades” universais mas sim identificar as perceções relativas à liderança como uma dimensão da cultura de segurança do doente, segundo a perspetiva dos participantes, considerando-os no seu ambiente natural e a partir daí situar a nossa interpretação do fenómeno em estudo.

## 2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Em função da questão central o **objetivo geral** deste trabalho é:

- Identificar as perceções dos enfermeiros relativamente à segurança do doente, na sua prática de cuidados.

Os **objetivos específicos** são:

- Compreender como é percecionado o conceito de segurança do doente pelos enfermeiros;
- Identificar os contributos da gestão em enfermagem na gestão da segurança do doente;
- Conhecer quais as estratégias de promoção da segurança dos doentes, identificadas pelos enfermeiros;
- Identificar junto dos enfermeiros os procedimentos que utilizam na prática para a melhoria da segurança do doente.

### **3. DESENHO DO ESTUDO**

#### **3.1. Tipo de Estudo**

Como referido anteriormente pretende-se conhecer e explorar o fenómeno “Segurança do Doente” do ponto de vista daqueles que o vivenciam na sua prática de cuidados. Esta análise só faz sentido no contexto onde os indivíduos desenvolvem a sua prática profissional, e como se verifica no enquadramento teórico, a cultura de segurança do doente existente em cada organização de saúde, influencia e é influenciada pelos valores e atitudes dos seus colaboradores.

Pelos motivos acima descritos e tendo em conta os objetivos deste estudo, considera-se que este se deveria operacionalizar através do recurso a uma metodologia de pesquisa de “estudo de caso” pois permite uma investigação empírica que “investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites e o contexto não estão claramente definidos” (Yin, 2010, p. 39).

O foco da investigação no estudo de caso, é uma unidade de análise, o “caso”, que pode ser um indivíduo, um evento, processos ou instituições e constitui a estratégia preferida para responder a questões de “como” e “porquê” que visam a explicação de fenómenos o que se aplica ao nosso estudo.

Assim, a escolha do estudo de caso como tipologia eleita para este trabalho relaciona-se com o facto de se considerar um tema pouco estudado, de o estudo decorrer no âmbito de uma situação limitada contextual e temporalmente e de se procurar explorar as perceções dos enfermeiros.

O estudo de caso tem vantagens como, a informação detalhada que se obtém sobre um fenómeno novo, e a possibilidade de a análise completa que produz permitir extrair ideias, ligações entre as variáveis e verificar hipóteses (Fortin, 2003).

Por outro lado os limites deste tipo de metodologia não permite a generalização dos resultados a outras populações ou situações, e os dados podem ser incompletos ou dificilmente comparáveis (Fortin, 2003). Isto significa que os dados resultantes deste trabalho, não representam toda a problemática num contexto mais alargado, mas dizem respeito ao caso em estudo no seu contexto próprio.

## 3.2. Instrumento e recolha de dados

Tendo em conta a questão de investigação e os objetivos do estudo, a entrevista foi o instrumento de colheita de dados escolhido porque possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspetos da vida social, sendo também uma técnica eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento e perceções humanas, ou seja, do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das explicações ou razões.

“A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.” (Fortin, 2003, p. 245).

O tipo de entrevista utilizada foi uma entrevista semi-estruturada, formal e individual.

A construção do guião da entrevista (anexo I) teve como base os pressupostos e dimensões da cultura de segurança dos doentes, obtidos na pesquisa bibliográfica efetuada e foram organizadas em três blocos: os temas a pesquisar, os objetivos de cada tema e um conjunto de questões orientadores que incidissem sobre o problema em estudo (anexo I).

Antes de iniciar as entrevistas foram tidos em conta os aspetos éticos da investigação. Foi entregue na unidade de investigação do hospital, um pedido de realização das entrevistas, visto que estas seriam realizadas aos enfermeiros no seu local de trabalho (anexo II). Este pedido continha os requisitos do hospital para uma investigação que não necessitava aceder aos utentes, inclusive um anteprojecto do estudo e o guião da entrevista e foi concedida a autorização pelo enfermeiro diretor (anexo III).

As entrevistas realizaram-se durante cerca de três meses, no período de Abril a Junho de 2013, consoante as disponibilidades de horários do entrevistador e dos entrevistados. Decorreram em locais como o gabinete do chefe de enfermagem ou médico, consoante a disponibilidade dos locais ou preferência dos participantes garantindo que se evitavam interrupções e que o espaço era confortável.

Para a concretização da investigação são necessários respeitar os códigos éticos dos princípios da beneficência, do respeito pela dignidade humana e da justiça (Polit, Beck & Hungler, 2004)

Por este motivo cada entrevista começou pela apresentação do investigador e posteriormente foi explicado o propósito da investigação, o tipo de investigação, a voluntariedade e direito de recusa e desistência, a duração prevista da entrevista, os riscos e benefícios, a garantia de confidencialidade e anonimização dos dados e como estes seriam partilhados. No final foi entregue a cada indivíduo um consentimento informado (anexo IV), que foi lido e assinado.

As entrevistas foram gravadas em suporte magnético e não se verificou nenhuma desistência.

O tempo das entrevistas variou entre 10 a 60 minutos, com uma média de 20 minutos.

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra mediante o programa informático de processamento de texto Microsoft Office Word. E para manter o anonimato dos enfermeiros foi atribuída a cada entrevista um número de E1 a E14 e devido às características do hospital, dos serviços e do facto de serem poucos os participantes do género masculino, foi alterado o género (feminino e masculino) de todos os depoimentos, para o masculino.

Para uma “apropriação” do conteúdo que possibilitasse extrair o sentido geral foram realizadas duas leituras de cada entrevista e posteriormente iniciou-se o processo de análise dos dados.

### **3.3. Local do estudo**

A segurança do doente é uma das prioridades para o aumento da qualidade na prestação de cuidados de saúde e as unidades hospitalares são um dos grandes focos para este aumento. Por este motivo, e tendo em conta os objetivos delineados, o contexto escolhido para a recolha de dados foi um hospital.

O hospital escolhido, conforme referido no site de apresentação do mesmo caracteriza-se como “ (...) de referência no SNS e na região, com funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, na formação pré e pós-graduada

e contínua, sustentadas na permanente atualização do conhecimento científico e técnico dos seus profissionais. (...) é um garante na segurança em saúde de todos os que habitam ou visitam a região do Algarve e a sua área de influência.” (Hospital de Faro, EPE, 2007). Tem como principais valores: a focalização total e geral no doente; o respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e direitos do doente; a universalidade e equidade no acesso aos cuidados de saúde, os elevados padrões de humanização, qualidade e competência técnica dos serviços prestados, a eficácia e eficiência na utilização dos recursos; a garantia de integridade, confidencialidade, privacidade e cordialidade; e a responsabilidade social e ambiental (Hospital de Faro, EPE, 2007).

A escolha do hospital também teve critérios como o facto de ser mais acessível promovendo a rentabilidade de tempo e de existir um conhecimento prévio do clima e cultura institucional, que posteriormente permitiu uma melhor perceção do contexto durante a análise de resultados.

Para manter a objetividade na colheita de dados foram escolhidos dois serviços diferentes daquele em que o entrevistador se encontra a trabalhar.

### **3.4. Os participantes**

Neste trabalho, considerando que estamos perante um estudo de caso, as unidades de análise, são os indivíduos que correspondem à população, que segundo Fortin (2003, p. 202) “(...) é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”

Os participantes deste estudo foram enfermeiros que se encontravam a prestar cuidados no hospital, nos serviços de cirurgia.

Foram selecionados através da participação voluntária dos mesmos, pois as equipas de enfermagem foram informadas do decorrer do estudo através de uma mensagem de correio eletrónico para o *email* das equipas e através da informação das chefias à mesma. Os enfermeiros que tiveram interesse em participar referiram-no ao investigador, sendo posteriormente selecionados.

Foram necessários definir dois critérios de inclusão que se prenderam com o facto de os enfermeiros terem experiência profissional de no mínimo 3 anos e se

encontrassem a trabalhar há mais de 1 ano no hospital onde se recolheram os dados.

Estas duas condicionantes impuseram-se por se considerar que os aspetos da cultura de segurança analisados neste trabalho necessitavam que os enfermeiros entrevistados possuíssem alguns anos de experiência profissional, pois como nos refere Benner (2001) os enfermeiros sem experiência profissional atuam inicialmente segundo um conjunto de regras que não lhes permite perceber aspetos mais globais dos cuidados, sendo que esses aspetos só podem ser identificados graças às experiências anteriores, assim quanto mais experiente for um enfermeiro maior será a sua capacidade de reconhecer as situações no seu todo.

Relativamente aos anos a trabalhar na instituição impôs-se o limite de pelo menos 1 ano pois assim os indivíduos já não se encontravam perante uma situação de integração inicial numa nova organização, visto que a integração na cultura de segurança, assim como na cultura organizacional é um processo contínuo em que os indivíduos vão sendo acomodados nos valores e crenças pré-existentes e posteriormente vão eles mesmos dar o seu contributo.

Assim foram entrevistados 14 enfermeiros cuja caracterização completa se apresenta no anexo V. Resumidamente, os participantes tinham idades compreendidas entre os 25-55 anos. Relativamente às habilitações profissionais, 11 enfermeiros tinham licenciatura em enfermagem, 2 enfermeiros o mestrado, e outro, uma pós-licenciatura de especialização. Os anos de exercício profissional variaram entre os 3 e os 28 anos, sendo que 5 enfermeiros trabalhavam há 3 anos, 3 enfermeiros há 4 anos, e os restantes 6 enfermeiros há 5, 7, 8, 9, 15 e 28 anos. Em relação aos anos de exercício profissional no hospital variaram entre os 3 e os 28 anos, sendo que apenas dois enfermeiros divergiam os anos de experiência profissional, com os anos em que trabalhavam no hospital, significando que a maioria dos enfermeiros iniciou o seu percurso profissional neste hospital.

### **3.5. Procedimentos de análise e tratamento de dados**

Para a análise da evidência de estudo de caso, como nos refere Yin (2010), ainda não existem técnicas bem-definidas, pelo que toda a análise deve seguir uma estratégia analítica geral. Neste estudo utilizámos como estratégia a análise tendo

por base as proposições teóricas iniciais do estudo, que refletiram o conjunto de questões de pesquisa bem como a revisão da literatura e vão guiar novas proposições.

Como nos referem Polit, Beck e Hungler (2004, p. 361) “o primeiro passo na análise de dados qualitativos é organizá-los e a principal tarefa é o desenvolvimento de um método para classificar e indexar os materiais”. Para organização e sistematização dos dados recolhidos através das entrevistas deste estudo, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Esta técnica possibilita o conhecimento acerca do que se encontra por trás das palavras que analisa (Bardin, 2011).

Respeitaram-se as três fases da análise de conteúdo de Bardin (2011). Na primeira fase, ou pré-análise, realizaram-se várias leituras “flutuantes” das entrevistas transcritas, o que permitiu ter contacto com os discursos a serem analisados, aumentando a consciência dos aspetos mais significantes e também das regularidades e singularidades dos mesmos. Constituíram *corpus* do nosso estudo as 14 entrevistas, pelo que todas foram submetidas aos procedimentos analíticos.

De seguida, iniciou-se a fase de exploração do material, e nesta fase ajudou o facto de existir já um quadro teórico de temas baseados na pesquisa bibliográfica e previamente refletidos que foram encarados de forma flexível, mas que ajudaram na leitura e serviram como um ponto de partida para a codificação, ou seja, para a determinação das unidades de registo. A análise por temas como refere Bardin (2011, p. 131), “consiste em descobrir os «núcleos de sentido» que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Ainda, nesta segunda fase, foram elaboradas as categorias definitivas e as subcategorias, ou seja, as classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo), com características comuns sob um título geral. O critério utilizado para a categorização foi o semântico, utilizando as partes das frases com significado. A grelha de análise, definição de temas e categorias encontra-se no anexo VI.

Por fim, procedeu-se ao tratamento dos resultados obtidos e à sua interpretação.

#### 4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A grande temática desta análise é a segurança do doente, pelo que a exploração do “**SIGNIFICADO DE SEGURANÇA DO DOENTE**” junto dos enfermeiros constituiu o primeiro grande tema de análise.

Quando colocados perante a questão sobre o **significado de segurança do doente** os enfermeiros responderam quase sem hesitações. Alguns começaram as suas frases referindo: “*Significa muita coisa.*” (E4) ou “*Segurança para mim é tudo!*” (E13), demonstrando não só a importância que dão a este tema, mas também o quão abrangente o tema é.

As respostas dadas focaram-se em três grandes áreas que deram origem às seguintes subcategorias:

- 1- Ausência de acidentes/complicações;
- 2 - Qualidade dos cuidados;
- 3 - Bem-estar do doente.

Para os enfermeiros a segurança do doente significa ausência de acidentes/complicações, pois de um modo muito explícito referiram:

*“É o doente estar no internamento e ter direito a cuidados de saúde seguros, que não lhe ocorra nenhum acidente durante o internamento (...).”* (E2)

*“É vermos realmente se o doente tem condições numa enfermaria ou numa unidade que lhe é destinada e que tem condições para poder estar sem cair, sem se magoar, sem se aleijar!”* (E6)

*“É garantir ao máximo que todas as condições existem para que não haja perigo para o doente.”* (E9)

Nestes discursos podemos ver espelhada a noção de segurança muito orientada para o evitar prejudicar o doente, ou piorar a sua situação clínica, lembrando a noção de segurança dada pelo IOM (2000) “*freedom from accidental injury*”, mas quando alguns enfermeiros acrescentam que para eles evitar o acidente envolve também o ambiente e as suas próprias atividades, transportam-nos para a definição da OMS (DGS, 2011) em que são abordados fatores como os recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados são prestados.

Para os enfermeiros a segurança também se relaciona com a qualidade dos cuidados. Nas suas respostas referiram a necessidade de se ter qualidade nos cuidados sendo que a segurança do doente aparece tanto como um meio para se atingir a qualidade “*Segurança do doente é promover cuidados seguros que previnam situações de risco do doente com isto consegue-se qualidade dos cuidados prestados.*” (E5), mas também como um fim, “*Para mim a segurança do doente é ele estar a receber cuidados de excelência (...).*” (E7) ou seja o produto final de se prestarem bons cuidados de saúde é a garantia de que não vão existir erros, de que existe segurança.

A qualidade dos cuidados e a segurança do doente são dois conceitos que se entrelaçam, porque no funcionamento de um serviço de saúde não pode existir uma sem a outra. Não pode existir qualidade com uma prestação insegura, erros e complicações.

O bem-estar no doente também é percecionado como uma componente essencial da garantia de segurança, relacionando-se muitas vezes com a confiança que os doentes têm nos cuidadores e na instituição.

*“O doente, em primeiro lugar tem de se sentir seguro, de chegar à nossa instituição e sentir-se seguro (...).”* (E8)

*“Para mim a segurança do doente engloba a segurança física, de bem-estar físico do doente, como a segurança a nível emocional, espiritual, social, a nível de ideologias que o doente tenha. Porque no fundo, se a pessoa se sente agredida nalgum desses aspetos sente-se insegura de si e daquilo que o rodeia.”* (E10)

*“Para mim a segurança do doente é o doente sentir-se integrado na instituição onde está, no serviço onde está, ter confiança para expor as suas dúvidas (...).”* (E14)

Os enfermeiros mostraram preocupação com aquilo que o utente internado vai achar que é a sua segurança e como se vai sentir. Referiram as questões psicológicas e espirituais, dando importância a dimensões que podem ser afetadas quando um indivíduo é sujeito aos cuidados de saúde.

Após os enfermeiros terem refletido um pouco a questão da segurança do doente acima analisada foi-lhes pedido que referissem **duas ideias que lhes**

**surgissem ao pensar em segurança do doente.** As ideias apresentadas pelos enfermeiros foram: Quedas/Prevenção de quedas (por 11 enfermeiros); Infecção/Controlo de infeção (por 4 enfermeiros); Medicação segura (por 5 enfermeiros); Ambiente seguro (por 3 enfermeiros); Cuidados seguros (por 2 enfermeiros); Ouvir o utente (por 1 enfermeiro); Identificação do doente (por 1 enfermeiro); e Continuidade de cuidados (por 1 enfermeiro).

Estas ideias vão de encontro a algumas das prioridades determinadas a nível mundial, internacional e nacional para aumentar a segurança do doente, como por exemplo o Conselho da União Europeia que indica que entre os acontecimentos adversos mais frequentes estão as infeções associadas aos cuidados de saúde, os incidentes relacionados com a medicação e as complicações durante ou após intervenções cirúrgicas (Luxemburgo, Conselho da União Europeia, 2009).

As quedas e a sua prevenção foi a ideia mais repetida, demonstrando ser uma preocupação comum a muitos enfermeiros. Esta preocupação é justificável pois as quedas são uma importante causa de morbilidade (e até de mortalidade), suscetível de aumentar o número e severidade de complicações, responsáveis pelo agravamento dos custos e pelo impacto na qualidade dos cuidados e na segurança do doente (Ministério da Saúde, 2010).

Como cuidados de enfermagem prioritários na prevenção das quedas encontra-se a avaliação do risco de queda, o registo, a monitorização dos incidentes de queda e o desenvolvimento de um plano de medidas preventivas. Para estes cuidados salienta-se a importância das dotações seguras, já que existe evidência de uma forte relação entre a dotação de enfermeiros e a segurança dos doentes (Ministério da Saúde, 2010).

Relativamente aos **contributo dos enfermeiros para a segurança dos doentes**, procurámos compreender a perceção que os enfermeiros tinham relativamente à sua contribuição enquanto parte do grupo de profissionais de enfermagem para a segurança do doente, pedindo-lhes também que dessem alguns exemplos da sua prática. Os enfermeiros contribuíram com os seus conhecimentos apoiados na experiência e foram vastos os exemplos de atividades que percecionam como importantes para a promoção da segurança.

Foram delineadas as seguintes subcategorias:

- 1- Prevenção dos riscos;
- 2- Aplicação de medidas de prevenção de incidentes;
- 3- Elo de ligação

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na proteção dos utentes contra eventuais danos, encontrando-se na linha da frente contra o erro (Ramanujam, Abrahamson & Anderson, 2008). Em Portugal são também o grupo profissional mais numeroso nos hospitais e devido às características do seu desempenho profissional centram-se muitas vezes entre a tomada de decisão e a execução (Fernandes & Queirós, 2011).

A investigação demonstrou já a grande implicação que os enfermeiros têm nos resultados dos utentes. Por exemplo hospitais com baixas dotações de enfermeiros apresentam uma taxa mais elevada de doentes com complicações (ex: úlceras de pressão, infeções) (Ministério da Saúde, 2010). Ou estudos de Hall & Doran (2001), Doran et al. (2002), Hall & Doran (2007) e Squires et al. (2010) entre outros que nos mostram que as condições de trabalho, a satisfação com o trabalho, a perceção da liderança entre outros fatores ligados às funções dos enfermeiros estão intimamente ligados aos resultados nos utentes.

A subcategoria prevenção dos riscos, foi determinada exatamente por os enfermeiros se terem colocado eles próprios nessa “linha da frente”, eles referem-se como“(…) o grupo que mais pode contribuir para a segurança do utente, porque é quem está mais próximo (…)” (E1), referindo-se também ao tempo que passam junto do utente, dizendo “(…) só pelo facto de nós estarmos presencialmente e termos o contacto permanente com os doentes, 24 horas, portanto, logo à partida isso é uma área que é, sem dúvida alguma, muito importante para todos nós.” (E3).

Corroborando com os testemunhos temos os resultados do estudo de Alfredsdottir & Bjornsdottir (2008), que embora tenha sido realizado num bloco operatório, e por isso em condições diferentes da enfermaria, procurou igualmente identificar o que os enfermeiros acreditam influenciar a segurança do doente e como percebem o seu papel na melhoria da segurança do doente. Os enfermeiros do estudo, assim como os enfermeiros entrevistados referiram que tinham um papel de

responsabilidade pelo bem-estar dos doentes. Mencionaram também a prevenção como chave na segurança.

Na opinião dos enfermeiros a prevenção está presente em todas as atividades, como podemos ver no discurso deste participante.

*“(...) começamos logo por falar (...) na primeira necessidade básica diária que é a higiene. (...) O primeiro risco é logo queimaduras, se usarmos água muito quente, (...).” (E4)*

*“Depois a administrar medicação, a segurança é tudo o que preparamos ser bem identificado, ser bem administrado, para a segurança do doente.” (E4)*

Os enfermeiros no estudo de Alfredsdottir & Bjornsdottir (2008) também descrevem a prevenção como antecipar o erro, tentando sempre imaginar o que pode correr mal e quais os passos que devem realizar para isso não aconteça.

Um dos enfermeiros corroborando exatamente com o facto de os enfermeiros contribuírem para a segurança do doente com a prevenção dos riscos criticou a forma como os riscos são identificados, referindo existir a necessidade de um diagnóstico melhor.

*“Penso que às vezes a avaliação que se faz inicial (...) da possível ocorrência de um acidente nem sempre é feita da forma mais correta e se calhar os enfermeiros precisam de se centrar mais para arranjar formas de diagnosticar as situações.” (E2)*

Uma forma de colmatar essa dificuldade foi apresentada durante a resposta a esta questão visto que alguns enfermeiros referiram que uma das formas de melhor prevenir os riscos é a concentração e a reflexão.

*“Se estivermos sempre, como é que eu hei-de explicar, mais ou menos concentrados no nosso trabalho, sem ter uma grande, pronto, sem o ambiente que está à volta ter influência acho que nós conseguimos, com algum rigor, algum método de trabalho, prevenir o erro (...).” (E7)*

*“Desenvolver a consciencialização do que nós andamos a fazer. Muitas vezes quando os turnos se complicam nós não refletimos tanto e agimos mais.” (E5)*

A segunda subcategoria identificada foi a aplicação de medidas de prevenção de incidentes.

Muitos enfermeiros deram exemplos práticos destas medidas e foi nas medidas ligadas à prevenção das quedas que estes mais evidenciaram o seu impacto.

*“No leito evitar as quedas, evitar o mau funcionamento das camas ou alertar para o mau funcionamento das camas. Travar as quedas quando possível, colocar barras laterais.”* (E1)

*“Um caso prático é as grades na cama, para os doentes não caírem.”* (E6)

Deram também exemplos de medidas que os enfermeiros aplicam não só para evitar os incidentes que provocam malefícios a nível físico mas também psicológico, social e emocional.

A segurança psicológica das pessoas internadas em instituições de saúde foi uma das questões apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros dando importância à relação enfermeiro-pessoa cuidada no respeito pelos seus direitos e no cumprimento dos deveres profissionais, quer na prestação de cuidados, quer na gestão, enquanto instrumento fundamental na promoção da segurança (OE, 2006).

Um desses exemplos é a manutenção de um ambiente seguro que promova a independência como refere este enfermeiro.

*“Adaptar as situações, por exemplo um doente invisual, adaptar tudo para que ele possa chegar, porque eles são muitas vezes mais independentes em casa, e conseguem ter a sua independência, e nós temos de tentar manter essa independência por isso, por tudo a jeito do doente, tentar adaptar as coisas para que ele vá à casa de banho com segurança por exemplo.”* (E12)

Outros exemplos de medidas foram apontados, como o dar espaço para o utente colocar dúvidas, diminuindo assim medos e ansios, protegendo a sua identidade e a individualidade dos doentes.

*“Se a pessoa tiver alguma ideologia diferente da nossa tentar respeitar a pessoa dentro daquilo que ela acredita.”* (E10)

Os enfermeiros, percebem que contribuem para a segurança do doente sendo um elo de ligação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, o doente e a família.

A utilização do trabalho de equipa nas questões da segurança em enfermagem pode trazer vantagens se foram utilizadas as capacidades complementares dos diversos indivíduos e profissões (Tappen, 2005).

A comunicação entre os membros da equipa de enfermagem e a equipa interdisciplinar é uma das componentes principais das funções interdependentes dos enfermeiros. Esta envolve troca de informação que vai permitir planear cuidados cada vez mais ajustados às necessidades dos doentes (Doran et al., 2002).

A natureza da comunicação interprofissional e coordenação podem influenciar os resultados nos doentes, tais como o aumento do tempo de internamento, aumento das taxas de mortalidade, o excesso de custos com cuidados em casa após a alta, consultas médicas ou de emergência não programadas e a re-hospitalização (Shortell et al., 1994; Knaus et al. 1986; Brooten et al. 1994; Naylor et al., 1994 citados por Doran et al., 2002).

Também no estudo de Boyle (2004) citado por Richardson & Storr (2010) ficou evidenciado que a perceção de uma boa colaboração com os médicos está associada à diminuição de eventos adversos, como a reanimação e infeções do trato urinário.

Os enfermeiros, percecionam que contribuem para a segurança dos doentes exatamente como o profissional de saúde que comunica alterações e alerta para os riscos servindo de elo de ligação entre o doente e os outros profissionais de saúde. Como este enfermeiro que refere a necessidade de “(...) *tomar medidas tanto a nível de alertar e informar a equipa médica (...)*” (E1)

Porém, sentem que o contributo dos enfermeiros como elo de ligação na segurança do doente pode não ser suficiente quando não há colaboração e resposta dos outros profissionais de saúde, como nos refere o mesmo enfermeiro.

*“Tem de ser em equipa multidisciplinar porque se nós alertarmos para uma certa situação e depois não temos recetividade (...) é complicado.”* (E1)

Este elo de ligação estende-se também à família, pois um dos contributos referidos por alguns enfermeiros foi o de pedir a colaboração das famílias para a segurança do doente. Como nos justifica este enfermeiro “(...) *porque o cuidador, é parte importante na recuperação.*” (E1)

A gestão de parcerias com os doentes/famílias é uma sub-dimensão da cultura de segurança e é essencial pois vários estudos demonstram uma relação positiva entre o cuidado centrado no doente/família e os resultados positivos na qualidade dos cuidados. Deve ser partilhada com o doente e a família toda a informação relativa ao seu estado de saúde/doença, respeitando as suas perspetivas e escolhas, encorajando-os a participar e colaborar em todas as fases do processo (Feng, Bobay & Weiss, 2008).

Outro dos aspetos importantes na criação e modelação de uma cultura de segurança é o suporte da gestão e a liderança. Os líderes em enfermagem têm uma grande influência na organização e gestão das unidades ou departamentos de enfermagem desempenhando um papel fundamental na delineação de estratégias e desenvolvimento de estruturas que vão guiar os processos e resultados da segurança (Yates et al., 2005 citados por Sammer et al., 2010).

A importância que a perceção dos enfermeiros acerca do tipo de liderança e dos comportamentos do chefe tem na sua própria perceção de segurança do doente originou a segunda dimensão de análise desta investigação, o **“SUPORTE DA GESTÃO/LIDERANÇA”**.

Nesta categoria entendeu-se que os comportamentos de segurança dos membros do grupo podem ser reforçados através de recompensas, da comunicação aberta dos eventos adversos e de uma análise justa das causas dos erros (Feng, Bobay & Weiss, 2008).

Aspetos como o relato e a discussão dos erros, a aprendizagem com a experiência, e a promoção de uma equipa de profissionais competentes, podem ser incentivados através de uma comunicação aberta. E estes são tanto um antecedente como um atributo de uma cultura de segurança do doente (Feng, Bobay & Weiss, 2008).

Identificou-se assim três categorias que integram a perceção que os enfermeiros têm da abertura da gestão ao reporte de eventos adversos e da análise efetuada pelos seus superiores. As categorias são:

- 1- Reporte de eventos adversos;
- 2- Análise dos eventos adversos;
- 3- Abertura às sugestões dos enfermeiros.

**O reporte de eventos adversos** ou erros é o primeiro passo para que se conheça a sua incidência, os mecanismos da ocorrência e por fim, para evitar que se repita (Fragata, 2011).

Em relação à frequência do reporte alguns enfermeiros referiram que habitualmente não fazem reportes, porém existe nos discursos de alguns a preocupação de que deveriam reportar mais vezes como nos refere este enfermeiro.

*“Por acaso não, às vezes acho que devia ser feito isso. Uma vez até um professor lá da escola (refere-se à escola de enfermagem) dizia que (...) “devíamos reportar tudo aquilo que é possível de errar”, tudo aquilo que nos poderia levar a um erro, não só aquilo que erramos mesmo. Até o antes e acho que isso falha muito. Eu pelo menos falo por mim, nunca faço isso.” (E7)*

Alguns enfermeiros entrevistados referiram reportar tudo o que pensam ser relevante.

*“Se há algum incidente relacionado com um doente em específico, sim. Se cai, se há algum erro a nível de medicação, se há algum familiar que pode entrar em conflito, tudo é relatado.” (E6)*

Os sistemas de relato de eventos devem obedecer a alguns aspetos, como os referidos pela AHRQ (citado por Fragata, 2011), que nos diz que o sistema deve ser fácil, orientado para o sistema e não para as pessoas, voluntário e com a possibilidade de anonimato entre outros aspetos, entre outras características.

Para aumentar o reporte os enfermeiros devem reconhecer a necessidade de reportar os incidentes e ser incentivados a fazê-lo de forma sistemática.

No hospital onde foram realizadas as entrevistas existe um sistema informático de notificação de incidentes, contudo através dos seus discursos os enfermeiros consideraram reporte de eventos não só nesse sistema, mas deram ênfase a outros modos de reporte, abaixo descritos.

Em relação ao sistema de notificação de eventos referiram utilizá-lo algumas vezes, tendo a maioria enfatizado que apenas o faziam para reportar as quedas.

*“Agora, normalmente, pelo sistema do hospital são as quedas, provavelmente a única coisa que nós reportamos oficialmente (...).” (E3)*

*“(...) só mesmo quando é em termos das quedas. Aí sim, nós fazemos no computador aquele registo informático, e aí sim, é informado!” (E14)*

Em relação a outros incidentes ou risco para a segurança do doente os enfermeiros apontaram outros modos onde frequentemente relatam o acontecimento e discutem formas de o resolver ou evitar no futuro, como:

Ao chefe: *“E quando há uma situação um bocadinho mais (...), que se calhar é necessária a intervenção de alguém superior, falo com o chefe” (E2)*

À equipa de enfermagem: *“(...) falamos entre colegas, decidimos se tem alguma medicação que foi trocada ou qualquer coisa desde que não ponha em risco a vida doente (...).” (E8)*

Aqui houve a evidência da passagem de turno como um momento privilegiado para o diálogo acerca dos acontecimentos: *“(...) temos a passagem de turno que normalmente também utilizamos como local para se discutir ideias e enfim chamadas de atenção entre aspas, não são chamadas de atenção porque... mas pronto, troca de ideias, né? Partilha.” (E2)*

E nos registos de enfermagem: *“Normalmente escrevo em registos gerais.” (E6).* Referindo-se aos registos de enfermagem de cada doente.

Estas formas de reportar e discutir os riscos e falhas na segurança na saúde vai de um modo célere ajudar no planeamento dos cuidados e na melhor abordagem à família quando decorre alguma situação. Vai impedir no entanto que seja realizada uma análise mais aprofundada e por elementos externos dos incidentes, não existindo posteriormente dados que permitam uma aprendizagem e modificação de fatores para todos os elementos da equipa e até a nível organizacional.

Esta é uma situação já descrita como no caso do estudo de Alfredsdottir & Bjornsdottir (2008) em que os enfermeiros referiram que os incidentes são frequentemente discutidos no seio da equipa onde sentem que podem confiar uns nos outros. Nesta situação os enfermeiros sentem-se apoiados enquanto exploram o incidente e como a situação pode ser resolvida, ou poderia ter sido resolvida, existindo posteriormente uma mudança nos cuidados.

Os tipos de incidentes que os enfermeiros referiram reportar foram: as quedas, como referido anteriormente; erros de terapêutica; os conflitos interpessoais (em

particular com os doentes e familiares); incidentes com as dietas (doentes em jejum a quem é atribuída a refeição), alterações do ambiente físico (como o chão molhado) e questões relacionadas com o controlo de infeção (como a questão de um isolamento de contacto de um doente que se encontra numa enfermaria com mais utentes).

No relatório de atividade do grupo de gestão de risco do hospital onde foi realizado estudo, referente ao 1º semestre de 2012, o grupo concluiu que face ao número de camas e taxa de ocupação o número dos relatos está muito aquém do esperado, que o tipo de incidente mais comum são as quedas, mas a frequência dos relatos de quedas não é distribuída uniformemente pelos serviços (Hospital de Faro, EPE, 2012). Estes dados vão de encontro ao referido pelos enfermeiros deste estudo.

A predominância de cultura de culpabilização pode ser uma explicação para esta situação pois os enfermeiros, ao considerarem que a resposta dos sistemas aos erros é punitiva e estigmatizante, respondem com uma baixa frequência de relato ou notificação de eventos adversos, evidenciando a cultura de culpabilização, subnotificação e ocultação existente nos serviços (Fernandes & Queirós, 2011).

Os enfermeiros no estudo de Ques, Montoro & González (2010) também percecionaram como barreira à criação de uma cultura de segurança a carência de comunicação e de notificação de eventos adversos, bem como dificuldades em aceitar o erro humano sem a tendência da culpabilização.

Este sentimento de serem julgados também está presente em alguns relatos dos enfermeiros que sentem que ao exporem um incidente a culpa ser-lhes-á imputada, como nos refere este enfermeiro: *“Na política hospitalar o que existe muito é: Erraste, então vou tralhar-te (prejudicar-te) porque erraste.”* (E13o)

Como podemos constatar a existência de um sistema de notificação dos eventos adversos não basta para que os enfermeiros comecem a relatar erros e incidentes.

Uma das formas de fomentar a notificação dos eventos adversos pode ser através da **análise dos eventos adversos** e da **abertura às sugestões** colocadas pelos enfermeiros para a melhoria da segurança do doente.

O chefe de enfermagem pode promover o ambiente de abertura e de recompensa pelos comportamentos de segurança e analisando os erros deve procurar reconhecer quais os ganhos na melhoria da segurança do doente, analisando o que foi correto, partilhando-o com os enfermeiros e replicando esses fatores na organização. Esta comunicação demonstra um constante compromisso com a visão da melhoria da segurança do doente, fomentando assim a credibilidade dos valores partilhados (Callahan & Ruchlin, 2003; Feng, Bobay & Weiss, 2008).

No estudo de Feng, et al. (2011) quando comparadas as perceções dos enfermeiros-chefes relativas ao seu compromisso para com a segurança do doente e as perceções dos enfermeiros relativas ao compromisso do seu chefe, não existem diferenças significativas entre os dois grupos. Devido a esta descoberta, os autores referem que os esforços e compromissos dos gestores para com a segurança do doente são percecionados e reconhecidos pelos enfermeiros e que os enfermeiros-chefes devem ser encorajados a demonstrar um compromisso visível para com a segurança do doente sempre que possível.

Ao tentarmos analisar a perceção que os enfermeiros tinham da análise dos eventos adversos que tinham reportado, foi-lhes questionado se já tinham recebido *feedback* por parte do chefe de algum incidente que tenha reportado ou se tinham conhecimento que isso tinha acontecido com outro elemento da equipa de enfermagem.

O *feedback* dos eventos adversos reportados e a divulgação de informação acerca dos mesmos pode criar uma consciência sobre os problemas que foram encontrados até mesmo noutros serviços e sobre a necessidade de corrigi-los. Receber *feedback* pode também ajudar os enfermeiros a perceber se o que relataram foi percebido e reconhecido, podendo aumentar a confiança e abertura na comunicação de eventos adversos e de resolução de problemas.

Alguns enfermeiros referiram que por vezes é dado *feedback* aquando do relato de incidentes, principalmente das quedas que foi também o que disseram relatar com mais frequência.

*“Reportei também uma queda e foi-me dado feedback positivo do relatório de queda (...)”* o chefe *“disse-me (...) que estava bastante bem e estava bastante agradado”* (E1)

Em algumas descrições os enfermeiros referiram não receber feedback relativamente ao que reportaram no sistema de notificação mas percebem que o chefe com comportamentos e atitudes valoriza os relatados. Da análise dos discursos pode referir-se que o chefe é muitas vezes informado dos incidentes por os enfermeiros considerarem que este pode contribuir com a sua experiência e influência para o melhor planeamento dos cuidados ou para a resolução dos problemas.

Em algumas situações referem uma parceria na tentativa de resolver o incidente, quando ainda existe essa possibilidade, como no caso deste enfermeiro que reportou um erro ao chefe e em colaboração resolveram a situação evitando consequências para o doente. “(...) *reportei ao meu chefe. Resolvemos a situação da melhor maneira possível e acho que fizemos (...), tudo o que fizemos bem, tirando eu ter cometido o erro.*” (E4)

Noutras situações sentem que ao relatarem os incidentes contribuíram para que o chefe realizasse algumas alterações que melhoraram o funcionamento do serviço e aumentaram a segurança do doente.

“*Portanto, quando nós reportamos as quedas verbalmente ao chefe, uma das coisas que foi conseguido alterar aqui foi passarmos a ter um maior número de camas com grades (...).*” (E3)

“*Agente vai sugerindo e o chefe vai, das possibilidades que hoje em dia são muito poucas, alterando.*” (E12)

A outra questão colocada aos enfermeiros relativamente ao apoio da gestão/liderança foi se sugerem mudanças no serviço para melhorar a segurança do doente e o que é efetuado após a sugestão, analisando assim a sua perceção da **abertura às sugestões**.

Nesta questão apenas um enfermeiro respondeu que nunca tinha sugerido alterações. Alguns dos enfermeiros referiram já ter sugerido alterações que achavam importantes para melhorar um aspeto da segurança do doente e destas sugestões muitas delas tinham sido incorporadas no serviço onde o enfermeiro trabalhava ou no planeamento dos cuidados de enfermagem.

Ao sugerirem mudanças os enfermeiros demonstram a sua preocupação com a segurança dos doentes e as sugestões têm em conta os riscos que os enfermeiros percecionam durante a prestação de cuidados ou relacionados com o ambiente físico.

Dos enfermeiros que referiram que a sugestão que propuseram foi aceite e colocada em prática temos por exemplo o enfermeiro que propôs a realização de uma *checklist* que é aplicada aquando a ida de um doente para a realização de uma intervenção cirúrgica.

*“Nós tínhamos por exemplo grandes falhas a nível do doente que ia para o bloco, e falhas, dentro dos protocolos pré-operatórios (...). Por exemplo exames que nós não reparávamos que o doente não tinha, alguns antecedentes que não eram evidenciados, portanto neste momento, já possuímos um instrumento, que por acaso até fui eu que o construí juntamente com um grupo que o chefe estipulou, porque o chefe também nos distribuiu por grupos, e um dos grupos é o dos cuidados seguros, e então criámos uma checklist pré cirúrgica e pós cirúrgica também, em que temos sempre que reportar por escrito tudo o que o doente transporta, tudo o que o doente retorna, e eventualmente (...). Havia situações, por exemplo, o doente ir sem exames, ou sem antibioterapia ou sem profilaxias por exemplo sem meias colocadas, por exemplo isso foi totalmente, é totalmente assegurada por essa lista pré cirúrgica.” (E3)*

Este relato reporta-nos não só para a preocupação do enfermeiro, mas também para o trabalho em equipa que se desenvolve numa área que é prioritária na segurança do doente, que é a cirurgia segura, como referido pela WHO (WHO, 2008).

Outros exemplos foram dados pelos enfermeiros e envolviam a melhoria de condições físicas para evitar as quedas, aumento da privacidade dos doentes, formação de outros profissionais, melhoria da comunicação entre a equipa de enfermagem e a equipa médica e alterações nos procedimentos.

Nesta questão os enfermeiros demonstram uma grande abertura da chefia às suas sugestões, sendo que muitos referiram que as suas sugestões não podiam ser ainda implementadas por falta de recursos.

Um enfermeiro ao falar da implementação de uma folha que iria ajudar os enfermeiros a conhecerem o doente de uma forma mais rápida, onde estavam presentes alguns itens como a medicação, os antecedentes pessoais, o diagnóstico de entrada entre outros itens, referiu mesmo que o seu chefe *“Foi a primeira pessoa a dizer “para a frente”.”* (E13)

Apenas um enfermeiro falou da gestão ao nível da administração, percecionando que não existia abertura para o enfermeiros exporem as suas questões.

*“(...) mas que também fosse dada oportunidade para expor estas dúvidas e para falar para administração, para os recursos humanos, tudo isso, o conselho de administração em si, tivesse acesso às queixas, tivesse acesso às preocupações, tivesse acesso aos medos, tivesse acesso aos problemas do dia-a-dia porque os problemas do dia-a-dia (...) são junto do utente (...)”* (E1)

O suporte da gestão pode considerar-se também a nível da **gestão do ambiente de e das condições de trabalho** visto que as políticas, *standards* e procedimentos de segurança, planeamento orçamental, dotação de profissionais, horários e condições físicas (planta do hospital/serviço, material, equipamento, entre outros) são alguns dos elementos do ambiente de trabalho (Feng, Bobay & Weiss, 2008). Assim como as funções desempenhadas pelo profissional e pelas relações que desenvolve com outros profissionais ou pelas condições que incluem o acesso a oportunidades, apoio, informação e recursos (Purdy et al., 2010).

Por esse motivo e tendo por base evidência científica, na enfermagem, um ambiente de trabalho de qualidade é muitas vezes sinónimo de ambiente da prática profissional e ambiente de trabalho saudável (Squires et al., 2010), porém quando as organizações não têm em conta estas duas perspetivas e não equacionam as exigências colocadas aos enfermeiros no seu dia-a-dia, aumentam a sua angústia e diminuem a sua perceção de prestarem cuidados de qualidade, como pode ser observado no estudo de Alfredsdottir & Bjornsdottir (2008) onde os enfermeiros referiram como maior ameaça à segurança do doente o aumento das exigências no trabalho. Destacando como maiores fatores o tempo, a quantidade de trabalho e a pressão pois consideram-nos potenciais riscos para a diminuição da concentração e para o aumento de erros.

Ao longo das entrevistas os enfermeiros também foram referindo que sentiam alguns deste fatores como limitativos à proteção do doente, como a complexidade dos cuidados e a falta de condições para vigiar o doente.

*“Neste serviço não é possível nós estarmos com uma vigilância de 24 horas, por dia e permanente. Não temos nenhuma sala de intermédios, o que poderia ser bastante benéfico, com presença constante do enfermeiro, portanto é um internamento de 40 camas, onde os doentes fazem os pós-operatórios dos mais simples aos mais complexos.” (E3)*

Assim como a falta de recursos físicos, materiais e humanos, a falta de tempo e o excesso de trabalho como refere este enfermeiro.

*“ (...) outra vertente quando temos excesso de horas de cuidados, acabamos por não garantir que façamos o trabalho que se calhar era suposto fazermos aquele doente específico porque temos imensas coisas para fazer e acabamos por não dar atenção devida às necessidades daquele doente.” (E10)*

Para melhorar a perceção da segurança do doente nos enfermeiros, os chefes e a direção dos hospitais necessitam de ter estratégias. **“AS ESTRATÉGIAS DA GESTÃO PARA A SEGURANÇA DO DOENTE”** constituem a terceira dimensão deste estudo. Esta divide-se em 3 categorias:

- 1- Medidas para a melhoria da segurança do doente;
- 2- Informação/Formação fornecida pelo hospital;
- 3- Informação/Formação sugerida pelos enfermeiros.

Para melhorar a segurança do doente as instituições de saúde e os chefes podem adotar medidas. Existem medidas sugeridas pelas organizações internacionais e mundiais que dão indicações e sugestões de medidas baseadas na evidência para a melhoria dos cuidados como a IOM, a WHO, a AHRQ e a JCAHO. Em Portugal existem também algumas organizações que dão indicações para a melhoria da segurança, baseadas nas indicações das organizações anteriormente referidas.

Um dos documentos que refere algumas destas medidas para as instituições hospitalares é “A Organização Interna e a Governação dos Hospitais” onde são focados como principais pontos de atenção para o desenvolvimento da segurança, o

controle de infecção, o erro terapêutico, as quedas e outros fatores de natureza física (riscos associados ao calor, ruído, radiações), química (riscos associados à utilização de produtos de desinfecção, esterilização, soluções terapêuticas – quimioterapia, gases medicinais), ergonômicos e psicológicos (violência) (Ministério da Saúde, 2010).

**As medidas implementadas nos hospitais para aumentarem a segurança do doente** têm de fazer parte da cultura dos seus profissionais. Quando questionados acerca de quais as medidas para a melhoria da segurança do doente, recomendadas no hospital, alguns enfermeiros referiram de imediato que não sabiam quais eram, nem que existiam, colocando-se por vezes numa posição em que se culpabilizavam por não saberem as medidas como podemos ler nos testemunhos a seguir.

*“Pronto, não me lembro assim, de mais nada mas certamente que há a norma, mas é falha minha que eu não a vi.” (E2)*

*“Que eu tenha lido da instituição não! Nunca li assim nada assim muito da instituição (...). Isso também é uma falha nossa. Mas pronto o Hospital também não nos permite. Essas coisas deviam ser lidas em horário de trabalho, nós nem temos tempo quase para fazer o nosso trabalho.” (E4)*

*“(...) de facto eu não li, eu sei que é um erro mas não li, (...)” (E5)*

*“Eu sei que eles fornecem informação, mas depois não nos chega diretamente. Nós temos tanto trabalho, saímos daqui tão cansados, que depois acaba por a informação ficar perdida pelo caminho. Não nos chega diretamente.” (E14)*

Para além de se demonstrarem preocupados por não procurarem a informação, temos também o testemunho deste enfermeiro que dá relevância à existência de uma má comunicação entre a organização e os enfermeiros, pois se por um lado os enfermeiros não procuram a informação, por outro o hospital não utiliza, segundo a sua perspetiva, os melhores canais para passar a informação.

*“A informação do hospital muitas vezes não (...) ou melhor, ou até o hospital pode dar mas nós não recorremos à informação que o hospital dá, porque vêm muitas normas, ou circulares normativas e honestamente a informação que vai para*

*os mails do hospital não é muito sobre isso. Acho que a comunicação não é muito eficaz parte a parte.” (E13)*

E apesar de se construírem indicadores de saúde (no hospital) que o mesmo enfermeiro considerou estarem relacionados com a segurança do doente refere que não são utilizados para melhorar os cuidados mas que poderiam ser uma motivação para os enfermeiros se lhes fossem apresentados.

*“Agente às vezes tem indicadores, temos indicadores de úlceras de pressão, temos indicadores de cirurgias, etc, há outros indicadores, que nos podiam dar outro estímulo, né?” (E13)*

Noutro testemunho podemos observar que o enfermeiro percebe que as medidas são implementadas de forma diferente em cada serviço, como no caso do controlo de infeção.

*“É que depois também não há assim uma coisa uniforme em termos de controlo de infeção, aquilo parece mais que cada serviço, é a ideia que eu tenho, cada serviço tem uma maneira específica de controlar a infeção. Cada serviço tem um conjunto de equipamentos para controlo do doente (...).” (E13)*

Alguns enfermeiros referiram medidas implementadas nos últimos tempos em áreas como o controlo de infeção, as quedas, a identificação dos doentes admitidos e a imobilização dos doentes e que vão de encontro às medidas sugeridas pelas organizações de saúde internacionais e nacionais.

Uma forma de fomentar cultura de segurança é através da formação e da passagem de informação. É essencial que todos os profissionais de saúde compreendam a importância da segurança dos doentes durante a prestação de cuidados de saúde (WHO, 2008).

A formação dos enfermeiros para a segurança do doente deve começar durante a licenciatura, contudo renovar os conhecimentos e incentivar a melhores práticas, baseadas na evidência pode ser uma das estratégias da gestão das instituições de saúde para a melhoria dos cuidados, já que os valores de segurança podem ser transmitidos aos membros do grupo, gerando assim novas crenças e valores.

Relativamente à **informação/formação fornecida pelo hospital** para a segurança do doente os enfermeiros, os enfermeiros percebiam que já tinham

participado em formação ministrada pelo hospital ou mesmo dentro de cada serviço que iria contribuir para o aumento dos conhecimentos.

As áreas por eles referidas foram as quedas e a escala de morse (instrumento que identifica os doentes com risco de queda), a nutrição, as feridas e úlceras de pressão, a segurança em caso de incêndio/catástrofe. A formação mais referida foi a do controlo de infeção.

Um enfermeiro referiu ter frequentado uma formação relacionada com o risco clínico: “*Eu fiz uma formação, se não estou em erro em 2011 sobre o risco. (...). Falou-se de coisas que agente às vezes nem tem noção (...).*” (E4)

Os enfermeiros salientaram que na sua perceção existia cada vez menos formações e que a sua acessibilidade era por vezes difícil.

“*Aliás a formação é algo que cada vez, parece-me que está a ser mais colocada de parte pelo Hospital (...). Porque são cada vez menos as formações, e as que são, são de muito difícil acesso.*” (E1)

“*Fui à das úlceras e da CCI (comissão de controlo de infeção), até porque em algumas inscrevi-me e não fui selecionada.*” (E12)

Uma das barreiras evidenciadas pelos enfermeiros no estudo de Ques, Montoro & González (2010) foi a educação insuficiente, a falta de formação específica nos riscos relacionados com os procedimentos e também, a falta de conhecimentos e treino na pesquisa da melhor evidência científica. Para estes autores o acesso complicado à evidência aumenta a insegurança dos doentes e faz com que alguns profissionais tenham dificuldades em distinguir as evidências dos costumes e das rotinas.

A formação para a segurança do doente pode envolver sessões de gestão do risco direcionadas para a identificação, avaliação e ações contra os potenciais riscos. Contribui também para que os profissionais compreendam quais os eventos adversos que devem reportar e como o devem fazer.

Em relação à **informação/formação sugerida pelos enfermeiros** houveram várias ideias, como a análise dos motivos das quedas, sendo que um dos enfermeiros gostaria que fossem debatidos os fatores que levam às quedas e quais os resultados dos relatórios reportados. Sobre a nutrição, o doente cirúrgico

(prevenção de riscos e complicações), sobre medidas para a segurança do doente (gerais), sobre o carro de urgência e sobre a segurança em caso de incêndio/catástrofe.

Como ultimo tema da análise das entrevistas foi considerada a “**OPINIÃO DOS ENFERMEIROS**”, em relação às sugestões de estratégias que sua perspectiva iriam melhorar a segurança do doente no hospital.

Na opinião dos enfermeiros seria necessário desenvolver estratégias que prevenissem as quedas, através da melhoria das condições físicas (seis dos enfermeiros entrevistados referiram esta estratégia) e de um acompanhamento dos doentes com risco de queda da equipa multidisciplinar.

Estratégias para prevenir os erros na administração da terapêutica que envolvessem a educação relativa aos próprios medicamentos, suas interações e a problemática da antibioterapia, a melhoria do espaço e tempo para preparação da medicação, que proporcionasse menos distrações e para alguns, a introdução do sistema de “unidade” que, consideram aumentar a segurança do doente.

Para o IOM (2000) os erros de medicação aumentam com a complexidade e a complexidade no sistema de medicação surge a partir de várias fontes, incluindo o amplo conhecimento e informações que são necessárias para prescrever corretamente, a mistura de medicamentos diferentes na farmácia, durante o transporte, e nos serviços pelas várias tarefas desempenhadas por vários enfermeiros, dos quais a preparação e administração de medicamentos são apenas alguns.

Em relação aos procedimentos de enfermagem os enfermeiros também sugeriram a mudança de alguns comportamentos para melhorar o controlo de infeção.

*“Nós usamos muito a sala de pensos, estamos a usar cada vez menos, mas acho que temos mesmo de deixar de usar sala de pensos e utilizar só a unidade do doente.” (E4)*

Para melhorar a forma de identificar os doentes, de colher os dados iniciais, e de comunicar com os doentes com alterações comunicacionais.

*“Agente o que temos (...) é às vezes problemas de comunicação com alguns doentes que não comunicam e se calhar fazia falta, para o doente também se sentir seguro (...) algumas placas para ajudar na comunicação.” (E7)*

E também para melhorar a continuidade dos cuidados, tanto dentro do serviço como após a alta através de uma interligação dos vários sistemas de registos.

Um dos enfermeiros referiu a necessidade melhorar a comunicação entre as várias equipas dos profissionais de saúde sugerindo *“(...) que a equipa de x em x tempo, que a equipa toda reunisse e falasse sobre o assunto.” (E5)*

Alguns enfermeiros sugeriram formação em áreas como as situações de catástrofe e incêndios, promoção da independência dos utentes idosos e para a segurança do doente nas suas vertentes.

Os enfermeiros entrevistados referiram achar muito importante para melhorar a segurança durante as cirurgias e no período pós-cirúrgico a existência de uma consulta programada de enfermagem e de anestesia pré-cirúrgica. Para os enfermeiros a preparação do doente é importante pois *“(...) em termos cirúrgicos, o doente ficava aqui já controlado, já com as análises e isso permitia que o doente já tivesse algum tipo de informação, que tipo de cirurgia ia fazer, que tipo de exames já tinham feito, se havia algum desequilíbrio.” (E13)*

Outro enfermeiro referiu que a consulta poderia prevenir a *“(...) ansiedade, e esses doentes têm um pós-operatório muitas vezes complicado, porque têm aqueles períodos de agitação (...).” (E11)*

Estando os enfermeiros na primeira linha dos cuidados de saúde, têm a capacidade de evidenciar quais os desafios da prestação dos cuidados. E na prática podem sugerir e planear cuidados que vão eliminar alguns dos riscos existentes. Para isso necessitam que haja uma abertura às suas sugestões e que lhes sejam proporcionados ambientes que os motivem a desenvolver essas atividades.

É fundamental que a informação acerca da segurança do doente seja acessível e transversal a todos os serviços das instituições de saúde, para que as preocupações com a segurança sejam uniformes e se foquem nos âmbitos em que existe evidência científica de terem maior probabilidade de erros e acidentes que provocam danos aos doentes.

## 5. CONCLUSÕES

A cultura de segurança é relevante para desenvolvimento de sistemas de cuidados de saúde seguros, pois nesta encontram-se os valores, atitudes e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura. Instituições de saúde com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma comunicação fundada na confiança, através da perceção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas.

Os enfermeiros, por prestarem cuidados muito próximos dos doentes, parecem ser os profissionais de saúde ideais para garantir a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança dos doentes.

Fatores como a integridade do sistema, a comunicação, o suporte da gestão e o ambiente de trabalho parecem influenciar a perceção dos enfermeiros da segurança dos doentes e, conseqüentemente, os resultados dos cuidados.

Para melhorar a cultura de segurança, uma das indicações de organizações internacionais e nacionais é avaliar a cultura das instituições de saúde, utilizando questionários e abrangendo todos os profissionais de saúde. Só depois de se conhecer a cultura existente se podem planear e aplicar as medidas de melhoria.

No presente estudo, o objetivo principal era identificar as perceções dos enfermeiros relativamente à segurança do doente na sua prática de cuidados, partindo-se da sua perspetiva do fenómeno, indo junto dos mesmos escutar e posteriormente analisar as suas perceções pessoais.

A análise das entrevistas, permitiu compreender como é percecionado o conceito de segurança do doente pelos enfermeiros; identificar os contributos da gestão em enfermagem na gestão da segurança do doente; conhecer quais as estratégias de promoção da segurança dos doentes, identificadas pelos enfermeiros e identificar junto dos enfermeiros os procedimentos que utilizam na prática para a melhoria da segurança do doente.

Da análise do conteúdo das entrevistas e, tendo por base os 4 temas pré-definidos e baseados nos objetivos: conceito de segurança do doente, suporte da

gestão/liderança, estratégias da gestão para a segurança do doente e a opinião dos enfermeiros, emergiram onze categorias que permitiram identificar e analisar questões pertinentes relativas à cultura de segurança do doente.

Pode concluir-se que manter a segurança dos doentes é considerado essencial para os enfermeiros. Percecionam a segurança como a ausência de acidentes/complicações e como relevante para a manutenção da qualidade dos cuidados. Para eles significa também o bem-estar dos doentes, demonstrando preocupação pelo que o doente e a sua família vão sentir durante o período de em que lhes são prestados cuidados de saúde.

Os entrevistados percecionam que como enfermeiros têm um contributo importante para a garantia da segurança, pois encontram-se junto ao doente durante a prestação de todos os cuidados, preocupam-se com a prevenção dos riscos, tentando antecipar qualquer incidente e aplicam medidas concretas para esta prevenção. Consideram também que funcionam como um elo de ligação entre a equipa multidisciplinar, podendo assim planear os cuidados com todo o envolvente do doente. “Defendem” o doente junto dos outros profissionais de saúde e promovem a participação da família na segurança do doente.

O suporte da gestão/liderança foi analisado através da perceção dos enfermeiros do reporte de eventos adversos, da análise desses eventos e da abertura às sugestões dos enfermeiros por parte do enfermeiro gestor.

O reporte de eventos adversos tem sido descrito na literatura como uma ferramenta para se identificar as “fraquezas” do sistema. O seu objetivo é recolher e analisar informação confidencial para que sejam prevenidos incidentes futuros e não para ser utilizado como um método de culpabilização. Representa uma nova forma de pensar a gestão dos erros.

O sistema de reporte existe no hospital onde se realizou este estudo mas muitos enfermeiros referiram não o utilizar. Os profissionais não reportam os incidentes informaticamente e este estudo revela que ainda existe algum desconhecimento e ceticismo acerca do sistema.

Da análise das entrevistas pode ainda referir-se que os enfermeiros consideram reporte de eventos adversos quando o fazem diretamente ao enfermeiro chefe, dentro da equipa de enfermagem ou nos registos de enfermagem. Vários motivos

podem ser apontados para os enfermeiros referirem este tipo de reportes, sendo que os mesmos consideram que desta forma resolvem os problemas de uma forma mais célere. Estudos anteriores demonstram que dentro do seio da equipa os enfermeiros se sentem mais apoiados e por isso com maior facilidade em exporem os incidentes ou erros.

Na análise dos eventos adversos muitos enfermeiros referiram não receber qualquer *feedback* relativamente ao que reportaram no sistema de notificação. Porém percebem que o enfermeiro chefe valoriza os relatos através de comportamentos e atitudes. O chefe de enfermagem é muitas vezes informado dos incidentes por os enfermeiros considerarem que este pode contribuir com a sua experiência e influência para o melhor planeamento dos cuidados ou para a resolução dos problemas.

Para os enfermeiros existe abertura às sugestões para a melhoria da segurança dos doentes. Estes referiram já ter implementado projetos que eles próprios sugeriram, indicando que os enfermeiros são incentivados pelos chefes de serviço a sugerir e implementar novas estratégias de promoção da segurança.

Na análise dos discursos identifica-se que os enfermeiros experienciam algumas dificuldades relativas ao ambiente e às condições de trabalho, referindo como dificuldades ao desenvolvimento de atividades relacionadas com a segurança do doente, a complexidade dos cuidados, a falta de recursos físicos, materiais e humanos, a falta de tempo e o excesso de trabalho. Fatores já apontados na investigação como tendo uma relação negativa com a qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros expuseram que não conheciam as medidas de segurança do doente, recomendadas pelo hospital, demonstrando em alguns discursos um sentimento de culpa por não procurarem conhecer as medidas, ou tentativa de justificar porque não o fazem. Ao terem esta atitude revelam que possivelmente receberiam de forma positiva uma medida que os motivasse e desse tempo para pesquisarem, lerem e analisarem medidas de prevenção de incidentes.

O controlo de infeção foi referido como a formação em que mais enfermeiros participaram. Salientaram a dificuldade de acesso às formações, dizendo alguns, que por vezes se inscreveram mas não foram selecionados.

Um número de estratégias tanto para a formação/informação na área da segurança, como para melhorar a segurança do doente na prática foram apresentadas pelos enfermeiros, indo a maioria de encontro a estratégias já apresentadas na literatura.

Uma das ideias mais expostas ao longo das entrevistas foi a prevenção das quedas. Esta foi uma ideia comum entre os entrevistados o que pode significar que a nível institucional é um tema muito abordado, fazendo parte da cultura dos enfermeiros. A falta de recursos materiais, como as camas com grades e os vários riscos como o chão molhado e as enfermarias sobrelotadas, foram referidos como uma mudança essencial e prioritária. A nível do reporte de eventos adversos este também foi o único evento adverso que os enfermeiros disseram reportar frequentemente, indo de encontro aos resultados do relatório de atividade do grupo de gestão de risco do hospital onde foi realizado o estudo.

Conclui-se assim que através das perceções dos enfermeiros foi possível aceder a valores, atitudes e comportamentos, que integram a cultura de segurança não só do grupo de profissionais que participaram mas também da organização hospitalar onde trabalham. A análise das perceções permitiu evidenciar a preocupação dos enfermeiros para com a segurança e a sua motivação para a prestação de cuidados seguros. Ao mesmo tempo mostrou-nos um pouco das necessidades e falhas na cultura de segurança do doente, ao nível do reporte e análise dos erros, da formação dos profissionais para este tema e da comunicação entre as várias equipas.

Perante os resultados e conclusões apresentados, este estudo poderá ter implicações para a gestão, a prestação de cuidados em enfermagem e a investigação.

A evidência científica já provou a importância que a liderança e o ambiente de trabalho tem tanto na perceção dos enfermeiros da qualidade dos cuidados que prestam como na sua satisfação e motivação no trabalho.

Para a **gestão em enfermagem**, os resultados deste estudo mostram que existe espaço para que sejam desenvolvidas ações no sentido de estimular e valorizar a já existente pré-disposição dos enfermeiros para implementar e desenvolver atividades que promovem a segurança do doente.

Para fomentar o reporte de erros/eventos adversos, necessita existir uma comunicação aberta, num ambiente livre de culpabilização, onde o chefe de enfermagem proporcione momentos de discussão em equipa, motivando para o reporte de erros mais sistemático, mostrando os resultados desses reporte e resolvendo questões da prática. As questões da segurança do doente devem constar do planeamento de atividades do serviço, e esta informação deve chegar a todos os elementos da equipa.

A nível institucional pode haver um aumento do número de eventos adversos reportados, se para além das quedas se expandir os sentimentos de responsabilidade de reportar eventos também graves como as transferências de doentes para unidades de cuidados intensivos e reações a transfusões sanguíneas.

A nível da **prestação de cuidados** envolver os doentes/famílias na sua própria segurança, incentivando-os a referirem o que sentem como “falhas” para a sua segurança pode diminuir os riscos. Os enfermeiros têm um papel importante de educar para esta participação.

Para melhorar a cultura de segurança a nível organizacional e até mesmo na profissão de enfermagem é necessária mais **investigação** para conhecer a cultura existente, para se melhorar os défices e reforçar os pontos positivos.

Relativamente às limitações desta dissertação pode referir-se que os dados basearam-se numa amostra limitada de enfermeiros que trabalham em serviços de cirurgia de um hospital distrital, pelo que os dados não refletem a organização nem a atuação de todos os enfermeiros. Pelo facto de ser uma investigação com uma metodologia qualitativa não pode garantir-se a generalização dos dados.

A escassez de estudos disponíveis que avaliem a cultura de segurança percecionada pelos enfermeiros, particularmente em Portugal, dificultou a comparação dos resultados com outros dados.

Apesar destas limitações, os resultados dão uma compreensão valiosa da natureza da cultura da segurança do doente para os enfermeiros suportada por vários estudos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K (2008). Nursing and patient safety in operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 29-37.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bilhim, F. (2007). *Gestão estratégica de recursos humanos* (3ªed.). Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Callahan, A & Ruchlin, H. (2003). The role of nursing leadership in establishing a safety culture. *Nursing economics*, 21(6), 296-298.

Camara, P. Guerra, G. & Rodrigues, J. (2010). *Novo Humanator* (4ª ed.). Mirandela: D. Quixote.

Clarke, S. (2003). Balancing staffing and safety. *Nursing Management*, 34 (6), 44-48.

Comissão das Comunidades Europeias (2008). *Comunicação da comissão ao parlamento europeu e ao conselho sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias. Acedido em 24/06/2012. Disponível em:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/patient\\_com2008\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_pt.pdf)

Currie, L. & Watterson, L. (2007). Challenges in delivering safe patient care: a commentary on a quality improvement initiative. *Journal of Nursing Management*, 15, 162–168.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente* (trad.). Lisboa: Ministério da Saúde, Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade em saúde. (Obra original publicada em 2009 pela OMS). Acedido em 24/06/2012, disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente\\_Final.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf)

- Donabedian, A. (1997). The quality of care. How can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 121 (11), 1743-1748.
- Doran, D., Sidani, S., Keatings, M. & Doidge, D. (2002). An empirical test of Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.
- Fei, K & Vlasses, F. (2008). Creating a safety culture through the application of reliability science. *Journal for Healthcare Quality*, 30 (6), 37-43.
- Feng, X., Acord, L., Cheng, Y., Zeng, J. & Song, J. (2011). The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review*, 58, 249-254.
- Feng, X., Bobay, K. & Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (3), 310–319.
- Fernandes, A. & Queirós, P. (2011). Cultura de segurança do doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Referência*, 4, 37- 48.
- Fleming, M & Wentzell, N. (2008). Patient safety culture improvement tool: development and guidelines for use. *Healthcare Quarterly*, 11 (special issue), 10-15.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes. Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.
- Frederico, M. & Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Hall, L. & Doran, D. (2001). *The impact of nursing staff mix models and organizational change strategies on patient, system and nurse outcomes*. Ontario: Faculty of Nursing, University of Toronto. Acedido em 24/06/2012, disponível em: [http://www.mcgillishall.com/wp-content/uploads/2010/05/ImpactOfNursingStaffMix\\_Report.pdf](http://www.mcgillishall.com/wp-content/uploads/2010/05/ImpactOfNursingStaffMix_Report.pdf)

Hall, L. & Doran, D. (2007). Nurses' perceptions of hospital work environment. *Journal of Nursing Management*, 15, 264-273.

Hospital de Faro, EPE (2007). *Objetivos estratégicos: Missão, Visão e Valores do Hospital de Faro, EPE*. Acedido em 24/11/2013. Disponível em: <http://www.hdfaro.min-saude.pt>

Hospital de Faro, EPE. Grupo de gestão de risco (2012). Circular nº107/12. 21-08-2012. *Relatório de atividade do grupo de gestão de risco*. Acessível no Hospital de Faro, EPE, Faro, Portugal.

Institute of Medicine (IOM) (2000). *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press. Acedido em 24/06/2012. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>

King, I.M. (1971). *Toward a theory for nursing. General concepts of human behavior*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Luxemburgo, Conselho da União Europeia (2009, Junho 8). Recomendação do Conselho nº 2009/C 151/01 Recomendação do Conselho de 9 de Junho de 2009 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia*, I Resoluções, recomendações e pareceres. Acedido em 13/06/2012. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_pt.pdf)

Marquis, B. & Huston, C. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem. Teoria e aplicação* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Ministério da Saúde (2010, Junho), *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Acedido em 16/07/2012, disponível em: <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>

- Ministério da Saúde (2011). *Estudo Piloto de Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais Portugueses*. Survey Feedback Report. Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade em Saúde. Acedido em 24/06/2012. Disponível em: <http://backoffice.masterlink.pt/dgsaude2011/upload/membro.id/ficheiros/i016639.pdf>
- National Patient Safety Agency (2004). *Seven Steps to patient safety – a guide for NHS staff*. Steps: London. Acedido em 24/06/2012. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=59787>
- Needleman, J. & Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for action. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (4), 275-277.
- Nieva, V. & Sorra, J. (2003) Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality Safety Health Care*, 12, (Suppl II), 17–23.
- Ordem dos enfermeiros (OE) (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Acedido em 24/06/2012. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf)
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Purdy, N., Laschinger, H., Finegan, J., Kerr, M., & Olivera, F. (2010). Effects of work environments on nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18, 901-913.
- Ques, A., Montoro, C. & González, M. (2010). Strengths and threats regarding the patient's safety: Nursing Professionals' Opinion. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18 (3), 339-345.

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em ciências sociais* (3ªed.). Lisboa: Editora Gradiva.
- Ramanujam, R., Abrahamson, K., Anderson, J. (2008). Influence of workplace demands on nurses' perception of patient safety. *Nursing and Health Sciences*, 10, 144-150.
- Reason, J. (1998). Achieving a safe culture: theory and practice. *Work & Stress*, 12 (3), 293-306.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768-770.
- Richardson, a. & Storr, j. (2010) Patient safety: a literative review on the impact of nursing empowerment, leadership and collaboration. *International Nursing Review*, 57, 12–21.
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D. & Lackan, N. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (2), 156-165.
- Sieloff, C. (2003). *Imogene King: Estrutura de Sistemas de Interacção e Teoria da Consecução de Objectivos*. Em Tomey, A. & Alligood, M. (5ª Ed.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* (p. 377- 404). Loures: Lusociência.
- Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Nelson, D., Khanna, K. (2010). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2010 user comparative database report*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Acedido em 12/07/2012. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey10/hospsurv101.pdf>
- Sousa, P. (2006). Patient Safety. A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318.
- Squires, M., Tourangeau, A., Laschinger, H. & Doran, D. (2010). The link between leadership and safety outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Management* 18, 914–925.

- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tappen, R. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem*. Conceitos e Prática. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Vala, Jorge (1999). A análise de conteúdo. In: Silva, A & Pinto, J. M. *Metodologias das ciências sociais*, 101-126. Porto: Afrontamento.
- Whitehead, D., Weiss, S. & Tappen, R. (2010). *Essentials of Nursing Leadership and Management* (5ª ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- World Health Organization (WHO) (2006). *Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO, Press.
- World Health Organization (WHO) (2008). *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009*. Acedido em 22/11/2013. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf)
- XVIII Governo Constitucional (2010). *Programa do XVIII Governo Constitucional 2009\_2013*. Acedido em 16/07/2012. Disponível em link: <http://www.parlamento.pt/Documents/PROGRAMADOXVIII Governo.pdf>
- Yin, R. (2010). *Estudo de Caso. Planejamento e Métodos* (4ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

**ANEXOS**

## **ANEXO I**

Guião para a entrevista

## GUIÃO DE ENTREVISTA

### Parte I - Caracterização dos participantes:

- Idade
- Género
- Formação académica
- Anos de experiência profissional
- Número de anos que trabalha na instituição

### Parte II - Questões orientadoras da entrevista:

TEMA	OBJETIVOS	QUESTÕES
1) Conceito de segurança do doente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compreender como é percebido o conceito de segurança do doente pelos enfermeiros;</li><li>• Compreender a auto percepção dos enfermeiros relativamente à contribuição da profissão de enfermagem para a segurança do doente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O que significa para si a segurança do doente?</li><li>• Quando pensa em segurança do doente na profissão de enfermagem quais as ideias que lhe surgem de imediato?</li><li>• Na sua opinião como podem os enfermeiros contribuir para a segurança do doente. Dê exemplos da sua prática.</li></ul>
2) Suporte da gestão/ Liderança	<ul style="list-style-type: none"><li>• Caracterizar o tipo de incidentes reportados pelos enfermeiros;</li><li>• Compreender como é percebida a análise dos eventos adversos reportados pelos enfermeiros;</li><li>• Perceber o tipo de</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• É habitual no seu dia-a-dia reportar incidentes/eventos adversos/erros?</li><li>• Já recebeu <i>feedback</i> por parte do chefe de algum incidente que tenha reportado ou outro elemento da equipa de enfermagem? Pode dar-me um exemplo?</li><li>• Já alguma vez sugeriu mudanças</li></ul>

	abertura da gestão às sugestões dos enfermeiros, percebidas pelos próprios;	no seu serviço que na sua opinião iriam melhorar a segurança do doente (ao nível da estrutura do serviço, materiais ou procedimentos)? Se sim: Pode dar-me um exemplo? O que foi efetuado após a sua sugestão?
3) Estratégias da gestão para a segurança do doente percebidas pelos enfermeiros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar que medidas de segurança do doente, implementadas pela gestão, são percebidas pelos enfermeiros.</li> <li>• Identificar o tipo de informação que os enfermeiros percecionam como sendo ministrada pela gestão para a melhoria da segurança do doente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabe quais são as medidas para a melhoria da segurança do doente, recomendadas no hospital?</li> <li>• Que tipo de informação/formação é fornecida pelo hospital relativamente à segurança do doente?</li> <li>• Que tipo de informação/formação gostaria de receber relativamente à segurança do doente?</li> </ul>
4) Opinião dos enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar junto dos enfermeiros estratégias para a melhoria da segurança do doente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poderia indicar duas medidas que considere importantes para melhorar a segurança do doente?</li> </ul>

## **ANEXO II**

Pedido de autorização para realização das entrevistas

Ao presidente da Unidade de Investigação  
Do Hospital de Faro, EPE.

Cátia Sofia Martinho Guerreiro Rosa, enfermeira a desempenhar funções no Serviço de Ortopedia I do Hospital de Faro, EPE e mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Gestão em enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa vem por este meio solicitar a V.<sup>as</sup> Ex.<sup>as</sup> a autorização para a aplicação de uma entrevista a 14 enfermeiros deste hospital, no Serviço Cirurgia I e no Serviço de Cirurgia II, para obtenção de dados necessários à realização da dissertação subordinada ao tema **“Segurança do Doente em contexto hospitalar – Perceção dos enfermeiros”**.

Em anexo junto o anteprojeto do estudo com descrição e exemplar do instrumento metodológico a ser utilizado e a proposta do Consentimento Informado a ser ministrada no momento das entrevistas.

Desde já asseguro que o anonimato será mantido e que as informações prestadas são estritamente confidenciais. Comprometo-me também a disponibilizar um exemplar do estudo aquando do seu término.

No caso de ser aceite a aplicação das entrevistas, a recolha de dados estará prevista para os meses de Janeiro e Fevereiro.

Com os melhores cumprimentos.

Faro, 13 de Dezembro de 2012

Cátia Sofia Martinho Guerreiro Rosa

## **ANEXO III**

Autorização das entrevistas

04.03.2013  
203/2013

HOSPITAL  
DE FARO C.R.E.

CFIC  
Unidade de Investigação

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
CENTRO DE FORMAÇÃO INVESTIGAÇÃO E  
CONHECIMENTO

INFORMAÇÃO

De: Miriam Vieira – Unidade de Investigação do CFIC

Data: 01/03/2013

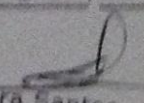
DESPACHO:

PARA: Ex.mo Sr. Enfermeiro Director

José Vieira dos santos

AUTORIZADO

05/03/2013

  
Vieira Santos  
Enfermeiro Director

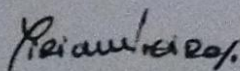
**ASSUNTO: Pedido de Autorização para Projecto de Investigação  
"Segurança do Doente em Contexto Hospitalar – Perceção dos  
Enfermeiros"**

Vimos por este meio solicitar parecer/autorização de V/Exa, em relação ao pedido que se encontra em anexo, no sentido de autorizar aplicação de uma entrevista a 14 enfermeiros dos serviços de cirurgia.

Mais se informa, que este pedido surge no âmbito do mestrado em enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

A Unidade de Investigação do CFIC

  
Miriam Vieira

Anexos:

- Ofício e Projeto de Estudo.

06/03/13

## **ANEXO IV**

Consentimento informado

## **Declaração de Consentimento Informado**

Concordo participar no projeto de investigação: “Segurança do Doente em contexto hospitalar – Perceção dos enfermeiros”, que corresponde ao projeto de investigação para a realização da dissertação de mestrado da enfermeira Cátia Sofia Martinho Guerreiro Rosa.

Compreendo o propósito e os objetivos do estudo e participarei voluntariamente.

Garantido o anonimato, dou autorização para que os dados sejam utilizados no trabalho, em publicações ou conferências. Participarei numa entrevista, com duração previsível de 30 a 60 minutos, e dou autorização para que esta seja gravada e transcrita.

Fui informada(o) que poderei abandonar a entrevista a qualquer momento, bastando informar o investigador.

Declaro que li o termo de consentimento informado, fui esclarecido/a relativamente ao estudo e tive oportunidade de questionar o investigador.

O Participante

---

O Investigador

---

Data:

---

## **ANEXO V**

Caraterização dos participantes

## Caraterização dos Participantes

<b>Idade</b>	<b>Género</b>	<b>Habilitações Académicas</b>	<b>Anos de Exercício Profissional</b>	<b>Anos de Exercício na Instituição</b>
25	Masculino	Licenciatura	3	3
25	Feminino	Licenciatura	3	3
25	Feminino	Licenciatura	3	3
26	Feminino	Licenciatura	3	3
26	Feminino	Mestrado	4	4
27	Masculino	Licenciatura	4	4
28	Feminino	Licenciatura	3	3
28	Feminino	Licenciatura	5	5
29	Feminino	Mestrado	7	5
30	Masculino	Pós-licenciatura de especialização de Enfermagem Comunitária	8	7
31	Feminino	Licenciatura	4	4
32	Masculino	Licenciatura	9	9
38	Feminino	Licenciatura	15	15
55	Feminino	Licenciatura	28	28

## **ANEXO VI**

Grelha de análise, Definição de temas, categorias e subcategorias

DIMENSÃO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<b>Conceito de segurança do doente</b>	Significado	Ausência de Acidentes/Complicações
		Qualidade dos Cuidados
		Bem-estar do doente
	Ideias	Quedas/Prevenção de Quedas
		Infeção/Controlo de Infeção
		Medicação Segura
		Ambiente Seguro
		Cuidados Seguros
		Ouvir o utente
		Identificação do doente
		Continuidade de Cuidados
	Contribuição dos Enfermeiros	Prevenção dos riscos
		Aplicação de medidas de prevenção de incidentes
Elo de ligação		
<b>Suporte da gestão/liderança</b>	Reporte de eventos adversos	Frequência do reporte
		Modos de reporte
		Tipo de eventos Reportados
		Medo das consequências
	Análise dos eventos adversos	Recebi <i>feedback</i>
		Não recebi <i>feedback</i>
		Reações do chefe ao reporte
	Abertura às sugestões dos enfermeiros	Nunca sugeri
		Sugestões com alterações
		Sugestões som alterações
		Exemplos de sugestões
	Gestão do ambiente e condições de trabalho	Complexidade dos cuidados
		Falta de recursos físicos, materiais e humanos
		Falta de tempo
		Excesso de trabalho

<b>Estratégias da gestão para a segurança do doente</b>	Medidas para a melhoria da segurança do doente	Não conheço medidas
		Controlo de infeção
		Quedas
		Identificação dos doentes admitidos
		Imobilização dos doentes
	Informação/formação fornecida pelo hospital	Quedas
		Escala de Morse
		Controlo de infeção
		Nutrição
		Feridas e úlceras de pressão
		Risco clínico
		Segurança em caso de incêndio/Catástrofe
	Informação/formação sugerida pelos enfermeiros	Acessibilidade difícil às formações
Análise dos motivos das quedas		
Nutrição		
O doente cirúrgico		
Medidas para a segurança do doente (gerais)		
Carro de urgência		
<b>Opinião dos enfermeiros</b>	Sugestão de Estratégias	Segurança em caso de incêndio/catástrofe
		Prevenção de quedas
		Prevenção de erros na administração de terapêutica
		Procedimentos
		Formação
		Consulta de enfermagem pré-cirúrgica