

Escola de Gestão

*A Segurança do Doente nos Cuidados de
Saúde Primários*
Estudo de caso

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de
Doutor em Gestão Geral, Estratégia e Desenvolvimento Empresarial

Vanda Cristina Barrocas Varela Pedrosa

Orientadora:

Professora Doutora Alexandra Fernandes

Professora Auxiliar do ISCTE Business School, Departamento de Gestão

maio de 2018



Escola de Gestão

*A Segurança do Doente nos Cuidados de
Saúde Primários*

Estudo de caso

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de
Doutor em Gestão Geral, Estratégia e Desenvolvimento Empresarial

Vanda Cristina Barrocas Varela Pedrosa

Júri para defesa de provas públicas

Presidente do júri: Professor Doutor Luís Manuel Dias Martins

Composição do júri:

Professora Doutora Maria João Major

Professora Doutora Carla Curado

Professora Doutora Anabela Dinis

Professora Doutora Maria Conceição Santos

Professora Doutora Alexandra Fernandes

maio de 2018

Resumo

A segurança do doente e o desenvolvimento de processos de qualidade na segurança têm vindo a ganhar destaque na gestão empresarial no sector público e político, nomeadamente na Europa, depois de o projeto *Quality and Safety in European Hospitals* ter sido impulsionado com o apoio da agenda da estratégia de Lisboa. Igualmente, a investigação científica tem acompanhado esta tendência. Todavia, é ainda escasso o estudo da gestão e dos métodos de segurança do doente. Com recurso ao Centro de Saúde do Cartaxo, a investigação contribui com a análise da proposição de que existe não apenas um escasso conhecimento dos profissionais que directamente contactam com o doente sobre a segurança do doente nos cuidados de saúde primários, mas também de que os métodos usados na prática são muito intuitivos e individualizados pela ausência de orientação coordenada formal e institucional. Recorrendo a uma metodologia qualitativa e ao método de estudo de caso, efectuou-se uma entrevista semiestruturada a 40 profissionais de saúde que contactam com o doente, entre médicos, enfermeiros e técnicos, de modo que se conheça aquilo que sabem sobre segurança do doente e que consequentemente incorporam. As entrevistas, realizadas entre fevereiro e junho de 2015, confirmaram diversas discrepâncias entre unidades funcionais. Clarificou-se que no domicílio o conhecimento é mais escasso. Delimitaram-se factores que previnem o asseguramento de um ambiente e uma cultura de confiança, a melhorar com um plano de formação e coordenação institucional que suporte a notificação. A complexidade do contexto tem impacto na natureza e dimensão de eventos adversos por *stress*, volume de trabalho e organização. Construiu-se a taxonomia de eventos adversos e mapeou-se o seu caminho da origem até à solução.

Palavras-Chave: Cuidados Saúde Primários; Cultura de Segurança do Doente; Qualidade da Segurança do Doente

Classificação JEL: I12, I18

Abstract

Patient safety and the development of quality safety processes have been gaining prominence in business management in the public and political sector, particularly in Europe, after the Quality and Safety in European Hospitals project was driven by the support of the Lisbon strategy agenda. Scientific research has also followed this trend. However, the study of patient safety management and methods is still scarce. Resorting to Cartaxo Health Centre, the research contributes to the analysis of the proposition that there is not only a lack of knowledge of the professionals who directly contact the patient about the patient's safety in primary health care, but also that the methods used in practice are very intuitive and individualised by the absence of formal and institutional coordinated orientation. Using a qualitative methodology and the case study method, a semi-structured interview was conducted with 40 health professionals—among doctors, nurses, and technicians—who contacted patients, in order to know what they know and consequently incorporate about patient safety. The interviews conducted between February and June 2015 confirmed several discrepancies between functional units. It was clarified that in the domicile the knowledge is scarcer. We have delimited factors that do not ensure a reliable environment and culture, to improve with a training plan and institutional coordination that supports notification. The complexity of the context impacts on the nature and dimension of adverse events due to stress, workload and organization. A Taxonomy of Adverse Events was constructed and its path from the source to the solution was mapped.

Keywords: Primary Health Care; Patient Safety Culture; Residence; Quality of Patient Safety

JEL Classification: I12, I18

Agradecimentos

Obrigada, obrigada a todos os que fizeram com que nunca desistisse de mim nem daquilo que sou no profundo do meu sentimento.

Obrigada à minha bênção Mariana, à minha pequena filhota.

Ao meu querido Márcio: sem ti teria sido mesmo impossível.

Aos meus pais, que sempre, sempre me apoiaram e ajudaram.

À professora Alexandra Fernandes, um obrigado... pois sempre me fez acreditar que eu era mais do que aquilo que sabia. O seu apoio foi basilar.

Àqueles que, mesmo sem saberem, me fizeram acreditar que era possível.

Aos meus superiores e diretores, que me permitiram momentos de reflexão, e a todos aqueles a quem tive de dar menos um pouco para terminar este trabalho. À Dr.^a Paula Rodrigues, que, mesmo de saída do Agrupamento da Lezíria, me autorizou o estudo, e à Dr.^a Diana Leiria, pela continuidade e incentivo. Um bem-haja à Enfermeira Albertina Mendonça, pelo alento e força.

Um obrigado especial aos meus colegas, que me concederam o seu tempo, já de si precioso e escasso, tendo em conta as muitas solicitações a que estão expostos diariamente. Ainda assim, posso dizer que fui muito bem recebida e que todos me ajudaram nesta etapa da minha vida. Mesmo com múltiplas tarefas, colaboraram e dedicaram do seu tempo de trabalho à entrevista — uma mais-valia para a conclusão do estudo de caso —, que se agradece.

Um obrigado e um até sempre à minha amiga e colega de jornada, uma Terapeuta Ocupacional que, mesmo numa luta desmedida ela própria, sempre me ajudou a olhar em frente e sempre me deu palavras de alento e ajuda. O meu projeto não me permitiu estar mais vezes contigo. Até sempre, Grace Gasche, e obrigada por um dia teres cruzado o meu caminho.

A vós, Lena, Sandra, Eduarda: sem vocês teria sido muito difícil. Obrigada.

Pelas colegas e docentes da Escola Superior de Saúde de Leiria Elisabete Roldão e Maria Dulce Gomes, um forte sentimento de companheirismo.

A todos os que não consigo nomear, mas que estiveram neste caminho. Ao Diogo, que também foi incansável na reta final.

Um Obrigado e um Bem-haja por esta finalização de que me orgulho, orgulho muito, pois sem vós nada disto teria sido possível — até porque, mediante um «não consigo», tento sempre uma e outra vez!

E não é que consegui?... Obrigada!

SIGLAS

AC — Atendimento Complementar
ACES — Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS — Administração Central do Sistema de Saúde
ACSA — Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
ARSLVT — Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CS — Centro de Saúde
CSD — Cultura de Segurança do Doente
CSP — Cuidados de Saúde Primários
DGS — Direção-Geral da Saúde
DQS — Departamento da Qualidade na Saúde
ENQS — Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
ECRI — Emergency Care Research Institute
EUA — Estados Unidos da América
IOM — Institute of Medicine
ISCTE — Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
INE — Instituto Nacional de Estatística
NOTIFICA — Sistema Nacional de Notificação de Incidentes
NUTS — Nomenclaturas de Unidades Territoriais
MIM PS — Minimal Information Model for Patient Safety
MS — Ministério da Saúde
OCDE — Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS — Organização Mundial de Saúde
OPSS — Observatório Português para os Sistemas de Saúde
PDS — Plataforma de Dados de Saúde
PNS — Plano Nacional de Saúde
PNSD — Plano Nacional de Segurança do Doente
SAM — Sistema de Apoio ao Médico
SINUS — Sistema de Informação de Unidades de Saúde
SAPE — Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SNNIEA — Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos
SNS — Serviço Nacional de Saúde
UCC — Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP — Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP — Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF — Unidade de Saúde Familiar
USP — Unidade de Saúde Pública

SUMÁRIO

Resumo	V
Abstract.....	VI
Siglas	IX
Sumário.....	XI
Sumário de Esquemas.....	XV
Sumário de Figuras.....	XVII
Sumário de Quadros	XIX
Sumário de Tabelas	XXVII
1. Introdução.....	31
2. Revisão de Literatura.....	41
2.1 A Qualidade na Saúde	41
2.1.1 Resenha Histórica sobre Qualidade na Saúde	42
2.1.2 Definição de Qualidade na Saúde.....	49
2.2 A Segurança do Doente	51
2.2.1 Resenha Histórica sobre Segurança do Doente.....	54
2.2.2 Sistematização de Conceitos-chave em Segurança do Doente	66
2.2.3 O Evento Adverso	68
2.2.4 A Cultura de Segurança do Doente	72
2.2.5 Os Profissionais de Saúde e a Segurança do Doente.....	77
2.2.6 O Doente e a Sua Segurança	82
2.2.7 A Notificação do Evento Adverso.....	84
2.3 A Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários	90
2.4 Cuidados de Saúde Primários	103
2.5 Agrupamentos de Centros de Saúde.....	106
2.5.1 Unidade de Saúde Familiar	108
2.5.2 Unidade de Cuidados na Comunidade.....	110
2.5.3 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	111
2.5.4 Unidade de Saúde Pública.....	111
2.5.5 Unidade Recursos Assistenciais Partilhados.....	112

2.6	Grupos de Profissionais de Saúde de um Agrupamento de Centros de Saúde	113
2.6.1	Medicina Geral e Familiar	113
2.6.2	Enfermagem	114
2.6.3	Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	116
2.6.4	Técnicos Superiores de Saúde	117
3.	Metodologia de Investigação	119
3.1	Quadro Concetual: Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários	119
3.1.1	Áreas-chave: Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários .	121
3.2	Método de Estudo de Caso	126
3.3	Estudo de Caso do Centro Saúde do Cartaxo	130
3.3.1	O Contexto do Estudo de Caso.....	130
3.3.2	A Unidade de Análise do Estudo de Caso	132
3.3.3	Os Participantes do Estudo de Caso	133
3.3.4	Quadro Concetual do Estudo de Caso do Centro de Saúde do Cartaxo .	134
3.4	Crítérios de Qualidade do Estudo de Caso	138
3.4.1	A Credibilidade	138
3.4.2	A Transferibilidade.....	140
3.4.3	A Confiança.....	141
3.4.4	A Confirmabilidade	143
3.5	A Recolha de Dados	145
3.5.1	Efetivação do Estudo	145
3.5.2	O Guião de Entrevista.....	145
3.5.3	O Local da Entrevista	147
3.5.4	A Entrevista.....	147
3.6	A Análise de Dados	148
3.6.1	Transcrição de Dados.....	149
3.6.2	A Análise de Conteúdo	150
3.6.3	Procedimentos de Codificação	150
4.	Resultados.....	155
4.1	Informação e Formação Segurança Doente	155

4.1.1	(a.) Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários	156
4.1.2	(b) Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários	164
4.2	Avaliação das Causas de Eventos Adversos	181
4.2.1	(c) Causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários	181
4.3	Taxonomia: Classificação Universal do Tipo de Eventos Adversos	194
4.3.1	(d) Causas de Eventos Adversos das Unidades Funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo.....	195
4.3.2	(e) Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo ...	223
4.4	Desenvolvimento de Sistemas de Notificação de Eventos Adversos	275
4.4.1	(f.) Notificação de Eventos Adversos	275
4.4.2	(g.) Plataforma Notific@ de Eventos Adversos	282
5.	Conclusão	287
5.1	Limitações da Investigação.....	299
5.2	Futuras recomendações de Investigação.....	300
5.3	Recomendações da Investigação.....	301
6.	Bibliografia	303
7.	Anexos	319
A.	Taxonomia e Eventos Adversos.....	319
B.	Organograma do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria	320
8.	Apêndices	321
A.	Pedido de Autorização para Realização do Estudo	321
B.	Autorização para a Realização do Estudo	322
C.	Guião de Entrevista	323
D.	Pathways Percorrido pelo Evento Adverso desde a Origem até à Solução	325

SUMÁRIO DE ESQUEMAS

Esquema 1 — Dimensões da Qualidade dos Serviços de Saúde	50
Esquema 2 — Contributos da Segurança do Doente na qualidade dos cuidados de saúde	52
Esquema 3 — Síntese do tipo de incidentes relacionados com os cuidados de saúde	68
Esquema 4 — Síntese de situações que aumentam o risco de incidentes nas organizações de saúde	71
Esquema 5 — Fatores individuais que predispõem os profissionais de saúde a incidentes	77
Esquema 6 — Organização do Quadro Concetual em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários	121
Esquema 7 — Síntese de áreas-chave na intervenção para Segurança do Doente nos Cuidados Primários e propostas de investigação	125
Esquema 8 — Áreas-chave em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários	135
Esquema 9 — Objetivos e temas por área-chave de intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários	137
Esquema 10 — Organização da investigação em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários.....	137

SUMÁRIO DE FIGURAS

Figura 1 — Modelo do Queijo Suíço de James Reason	70
Figura 2 — Monitorização de incidentes notificados na plataforma Notific@ no 2.º semestre de 2017	89
Figura 3 — Complexidade de circuitos de eventos adversos nos Cuidados de Saúde Primários	91
Figura 4 — Estrutura organizacional de um agrupamento de Centros de Saúde	108
Figura 5 — Constituição do ACES da Lezíria.....	131
Figura 6 — Valores médios da CSD Unidades Funcionais Centro de Saúde do Cartaxo	176
Figura 7 — Principais grupos de causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários	181
Figura 8 — Principais grupos de causas de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo.....	194

SUMÁRIO DE QUADROS

Quadro 1 — Quadro concetual de competências para aumentar a Segurança de Doente nas profissões de saúde	80
Quadro 2 — Áreas-chave de Intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários	97
Quadro 3 — Conhecimento sobre Segurança do Doente	119
Quadro 4 — Recomendações sobre o estudo da Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários.....	119
Quadro 5 — Alterações recentes no contexto dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	120
Quadro 6 — Pressupostos teóricos sobre informação e treino de estudantes e profissionais em Segurança do Doente	121
Quadro 7 — Pressupostos teóricos sobre avaliação das causas e consequências	123
Quadro 8 — Pressupostos teóricos sobre taxonomia: classificação universal do tipo de Eventos Adversos	123
Quadro 9 — Pressupostos teóricos sobre desenvolvimento de sistemas de notificação de Eventos Adversos	124
Quadro 10 — Frases mais representativas sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários.....	155
Quadro 11— Frases mais representativas sobre a importância do tema SD nos CSP ..	156
Quadro 12 — Ideias mais relevantes sobre a importância do tema SD nos CSP	156
Quadro 13 — Frases mais representativas sobre as ideias relevantes sobre o tema da Segurança do Doente CSP	157
Quadro 14 — Ideias mais relevante sobre Segurança Doente nos CSP na perspetiva do Profissional de Saúde.....	158
Quadro 15 — Ideias mais relevantes sobre Segurança Doente na perspetiva dos cuidadores mais próximos	159
Quadro 16 — Ideias mais relevantes sobre Segurança do Doente na perspetiva da Equipa de Saúde.....	160
Quadro 17 — Ideias mais relevantes sobre Segurança do Doente na perspetiva do Ministério da Saúde.....	162
Quadro 18 — Ideias mais relevantes sobre Segurança do Doente na perspetiva do doente	163

Quadro 19 — Ideias mais relevante sobre Segurança Doente na perspetiva dos aspetos físicos dos edifícios	163
Quadro 20 — Frases representativas sobre Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados Saúde Primários.....	164
Quadro 21 — Frases mais representativas sobre existência de CSD nos CPS.....	164
Quadro 22 — Ideias mais relevantes da existência de Cultura de Segurança do Doente nos CSP.....	165
Quadro 23 — Frases representativas aspetos favoráveis à CSD nos CSP	166
Quadro 24 — Ideias mais relevantes sobre aspetos favoráveis CSD na perspetiva do profissional de saúde	166
Quadro 25 — Ideias mais relevantes sobre CSD na perspetiva das Unidades de Saúde dos ACES	167
Quadro 26 — Ideias mais relevantes sobre aspetos favoráveis CSD na perspetiva do doente.....	168
Quadro 27 — Ideias mais relevantes sobre Segurança do Doente na Perspetiva da Equipa de Saúde.....	168
Quadro 28 — Ideias mais relevantes sobre assunção de que o tema tem igual importância à do Hospital	168
Quadro 29 — Frases mais representativos aspetos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários.....	169
Quadro 30 — Ideias mais relevantes sobre aspetos prejudiciais à CSD na perspetiva do profissional.....	169
Quadro 31 — Ideias mais relevantes sobre Segurança do Doente na perspetiva da Equipa de Saúde.....	170
Quadro 32 — Ideias mais relevantes sobre Segurança do Doente na perspetiva do Ministério da Saúde.....	171
Quadro 33 — Ideias mais relevantes sobre Segurança do Doente na perspetiva do doente	172
Quadro 34 — Frases mais representativas sobre CSD do Centro de Saúde do Cartaxo	172
Quadro 35 — Ideias mais relevantes sobre respostas enquadráveis no nível 5 de maturidade em CSD	173
Quadro 36 — Ideias mais relevantes sobre respostas enquadráveis no nível 4 de maturidade em CSD	173

Quadro 37— Ideias mais relevantes sobre respostas enquadráveis no nível 3 de maturidade em CSD	174
Quadro 38 — Ideias mais relevantes sobre o tema respostas enquadráveis no nível 2 de maturidade em CSD	175
Quadro 39 — Ideias mais relevantes sobre respostas enquadráveis no nível um de maturidade em CSD	175
Quadro 40 — Frases representativas da CSD Unidade Saúde Familiar Terra Viva.....	177
Quadro 41 — Ideias relevantes da CSD Unidade Saúde Familiar Terra Viva.....	177
Quadro 42 — Frases representativas CSD Saúde Familiar D. Sancho I.....	177
Quadro 43 — Ideias relevantes da CSD Unidade Saúde Familiar D. Sancho I	178
Quadro 44 — Frases representativas da CSD da Unidade Cuidados Comunidade	178
Quadro 45 — Ideias relevantes da CSD da Unidade Cuidados na Comunidade.....	178
Quadro 46 — Frases representativas da CSD da Unidade Recursos Assistenciais Partilhados.....	179
Quadro 47 — Ideias relevantes da CSD da Unidade Recursos Assistenciais Partilhados	179
Quadro 48 — Frases representativas da CSD da Unidade Saúde Pública	180
Quadro 49 — Ideias relevantes da CSD da Unidade Saúde Pública	180
Quadro 50 — Frases mais representativas sobre as Condições de Trabalho do Profissional de Saúde.....	182
Quadro 51 — Ideias mais relevantes das Condições de trabalho do profissional de saúde	182
Quadro 52 — Frases representativas sobre a Articulação de Serviços	184
Quadro 53 — Ideias mais relevantes da Articulação de Serviços	184
Quadro 54 — Frases representativas sobre a Situação do doente e família	186
Quadro 55 — Ideias mais relevantes da Situação do doente e família	186
Quadro 56 — Frases representativas sobre Circuito do doente na unidade de saúde ...	188
Quadro 57 — Ideias mais relevantes do Circuito do doente na unidade de saúde	188
Quadro 58 — Frases representativas sobre Terapêutica	189
Quadro 59 — Ideias mais relevantes sobre Terapêutica	190
Quadro 60 — Frases representativas sobre Higienização	191
Quadro 61 — ideias mais relevantes da Higienização	191
Quadro 62 — Frases representativas da categoria equipamento, material e sistemas de informação	192

Quadro 63 — Ideias mais relevantes do Equipamento, material e sistemas de informação	193
Quadro 64 — Ideias relevantes da USF Terra Viva sobre capacitação	196
Quadro 65 — Ideias relevantes da USF Terra Viva sobre organização	197
Quadro 66 — Ideias Relevantes da USF Terra Viva sobre doente versus sistema de saúde.	198
Quadro 67 — Ideias Relevantes sobre as condições físicas/aquecimento unidades de saúde.	199
Quadro 68 — Ideias Relevantes da USF Terra Viva sobre medicamento	200
Quadro 69 — Ideias Relevantes sobre notificação	201
Quadro 70 — Ideias Relevantes sobre equipamento/material usado na unidade de saúde	202
Quadro 72 — Ideias Relevantes sobre comunicação	203
Quadro 73 — Ideias Relevantes sobre as condições físicas/aquecimento casa doente.	203
Quadro 74 — Ideias Relevantes sobre organização	205
Quadro 75 — Ideias Relevantes sobre o doente versus sistema saúde	206
Quadro 76 — Ideias Relevantes sobre comunicação	207
Quadro 77 — Ideias Relevantes sobre as condições físicas unidade de saúde	208
Quadro 78 — Ideias Relevantes sobre o medicamento	208
Quadro 79 — Ideias Relevantes sobre capacitação	210
Quadro 80 — Ideias Relevantes sobre o registo	210
Quadro 82 — Ideias Relevantes sobre as condições físicas/aquecimento do domicílio do doente	211
Quadro 83 — Ideias Relevantes sobre organização	212
Quadro 84 — Ideias Relevantes sobre comunicação	214
Quadro 85 — Ideias Relevantes sobre capacitação	215
Quadro 86 — Ideias Relevantes sobre registo	216
Quadro 87 — Ideias Relevantes sobre doente versus sistema de saúde	216
Quadro 88 — Ideias Relevantes sobre condições físicas/aquecimento unidade saúde.	217
Quadro 89 — Ideias Relevantes sobre condições físicas/aquecimento casa doente	217
Quadro 90 — Ideias Relevantes sobre organização	218
Quadro 92 — Ideias Relevantes sobre as condições físicas e de aquecimento da unidade saúde	219
Quadro 93 — Ideias Relevantes sobre doente versus sistema de saúde	220

Quadro 94 — Ideias Relevantes sobre equipamento e material usado na unidade de saúde	221
Quadro 95 — Ideias Relevantes sobre condições físicas e de aquecimento unidades de saúde	221
Quadro 96 — Ideias Relevantes sobre organização	222
Quadro 97 — Ideias Relevantes sobre doente versus sistema de saúde.....	222
Quadro 98 — Ideias Relevantes sobre equipamento/material usado Unidade de Saúde	223
Quadro 99 — Ideias mais relevantes sobre a falta de procedimentos normalizados intervenções desde entrada até à saída do doente	224
Quadro 100 — Ideias mais relevantes sobre a sigilo e confidencialidade	225
Quadro 102 — Ideias mais relevantes sobre do circuito doente dentro do sistema.....	226
Quadro 103 — Ideias mais relevantes sobre o circuito doente fora do sistema	226
Quadro 104 — Ideias mais relevantes sobre falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções em articulação com outros níveis de atuação	227
Quadro 105 — Ideias mais relevantes sobre o controlo do risco de infeção cruzada...	227
Quadro 106 — Ideias mais relevantes sobre recursos humanos insuficientes ou ausentes	228
Quadro 107 — Ideias mais relevantes reuniões regulares de equipa	228
Quadro 108 — Ideias mais relevantes sobre higienização do equipamento e material	229
Quadro 109 — Ideias mais relevantes sobre higienização espaços de atendimentos ...	229
Quadro 110 — Ideias mais relevantes sobre farda, bata e identificação obrigatória cedida pela organização	229
Quadro 112 — Soluções possíveis para eventos adversos de Organização	234
Quadro 113 — Ideias mais relevantes sobre o acesso ao serviço de saúde.....	235
Quadro 114 — Ideias mais relevantes sobre o acesso ao profissional de saúde.....	236
Quadro 115 — Ideias mais relevantes sobre risco de queda	236
Quadro 116 — Ideias mais relevantes sobre risco de se magoar.....	237
Quadro 117 — Ideias mais relevantes sobre a compreensão da reforma do Centro de Saúde em unidades	237
Quadro 118 — Ideias mais relevantes sobre sentimento de insegurança.....	238
Quadro 119 — Soluções possíveis para eventos adversos de Doente versus Sistema de Saúde	240

Quadro 120 — Ideias mais relevantes em relação à desvalorização do risco do evento adverso pelo profissional e pelo doente.....	241
Quadro 121 — Ideias mais relevantes sobre redes de comunicação entre profissionais e doentes	242
Quadro 122 — Ideias mais relevantes sobre o desconhecimento de medidas de prevenção	242
Quadro 123 — Ideias mais relevantes sobre redes de comunicação entre profissionais	243
Quadro 124 — Ideias mais relevantes sobre a higienização de fardas e batas	243
Quadro 125 — Ideia mais relevante sobre cultura de equipa, serviço público.....	243
Quadro 126 — Soluções possíveis para eventos adversos de Capacitação	245
Quadro 127 — Ideias mais relevantes sobre a estrutura do edifício	246
Quadro 128 — Ideias mais relevantes sobre barulho de fundo na unidade de saúde ...	247
Quadro 129 — Ideias mais relevantes sobre aspectos relativos ao interior do edifício	247
Quadro 130 — Ideias mais relevantes sobre aspectos relativos ao exterior do edifício	248
Quadro 131 — Soluções possíveis para eventos adversos de condições físicas e de aquecimento na Unidade de Saúde.....	250
Quadro 132 — Ideias mais relevantes sobre o atraso ou falha na comunicação com doente	251
Quadro 133 — Ideias mais relevantes sobre registos clínicos acessíveis a todos os profissionais de saúde	251
Quadro 134 — Ideias mais relevantes sobre a troca de identificação do doente.....	252
Quadro 135-Ideias mais relevantes sobre passagem de turno.....	252
Quadro 136 — Ideias mais relevantes sobre atraso ou falha na comunicação entre médico e doente.....	253
Quadro 137 — Ideias mais relevantes sobre o atraso ou falha na comunicação entre médico e doente.....	253
Quadro 138 — Soluções possíveis para eventos adversos de Comunicação	256
Quadro 139 — Ideias mais relevantes para o armazenamento e stock	257
Quadro 140 — Ideias mais relevantes para a troca de medicação	258
Quadro 141 — Ideias mais relevantes para a duplicação de princípios ativos iguais ou sobreponíveis na sua ação.....	258
Quadro 142 — Ideias mais relevantes para a interação medicamentosa grave	259

Quadro 143 — Ideias mais relevantes para o registo da administração	259
Quadro 144 — Ideia mais relevante para o atraso no início do tratamento	259
Quadro 145 — Soluções possíveis para eventos adversos de Medicamento	262
Quadro 146 — Ideias mais relevantes sobre a ausência de registo.....	263
Quadro 147 — Ideia mais relevante da ausência registo clínico acessível todos profissionais de saúde	263
Quadro 148 — Ideia mais relevante sobre sistemas de informação validados algumas categorias profissionais.....	263
Quadro 149 — Soluções possíveis para eventos adversos de registo	265
Quadro 150 — Ideias mais relevantes sobre o desconhecimento de eventos adversos em circunstâncias semelhantes e respetivas soluções	266
Quadro 152 — Ideias mais relevantes sobre o risco de queda	268
Quadro 154 — Ideia mais relevante sobre barreiras arquitetónicas.....	269
Quadro 155 — Soluções possíveis para eventos adversos de condições físicas e aquecimento domicílio	270
Quadro 156 — Ideias mais relevantes sobre cadeiras dos gabinetes	271
Quadro 157 — Ideia mais relevante sobre marquesas dos gabinetes	271
Quadro 158 — Ideias mais relevantes sobre material adequado aos tratamentos	271
Quadro 159 — Soluções possíveis para eventos adversos de equipamento e material usado unidade de saúde	272
Quadro 160 — Soluções possíveis para eventos adversos de diagnóstico.....	274
Quadro 162 — Frases representativas sobre a perspetiva negativa da cultura de assunção do evento adverso	276
Quadro 163 — Ideias mais relevantes sobre perspetiva negativa da assunção do evento adverso	276
Quadro 164 — Frases representativas da perspetiva positiva da cultura de assunção do evento adverso.....	277
Quadro 165 — Ideias mais relevantes sobre perspetiva positiva da assunção evento adverso	277
Quadro 166 — Frases representativas sobre a preparação para a assunção do evento adverso	278
Quadro 167 — Ideias relevantes e palavras-chave sobre a preparação para a assunção do evento adverso.....	278

Quadro 168 — Frases representativas sobre a não preparação para a assunção do evento adversos	278
Quadro 169 — Frases representativas face à não preparação para a assunção do evento adverso	279
Quadro 170 — Frases representativas face à preparação para notificação do evento adverso	279
Quadro 172 — Frases representativas face à não preparação para notificação do evento adverso	280
Quadro 173 — Frases representativas face à não existência preparação para a notificação do evento adverso	280
Quadro 174 — Frases representativas da importância dos sistemas de notificação de eventos adversos.....	280
Quadro 175 — Ideias relevantes sobre sistemas notificação de eventos adversos positivos	281
Quadro 176 — Ideias relevantes sobre sistemas notificação de eventos adversos não negativos	281
Quadro 177 — Frases representativas sobre eventos adversos notificados por outro meio que não a Plataforma Notific@	282
Quadro 178 — Frases representativas conhecimento cidadão/profissional da Plataforma Notific@	283
Quadro 179 — Ideias mais relevantes sobre o conhecimento cidadão/profissional da Plataforma Notific@	283
Quadro 180 — Frases representativas sobre acesso à Plataforma Notific@	283
Quadro 181 — Frases mais relevantes sobre o acesso Plataforma Notific@	284
Quadro 182 — Frases representativas da opinião sobre a Plataforma Notific@	284
Quadro 183 — Ideias mais relevantes da opinião sobre a Plataforma Notific@	284
Quadro 184 — Frases representativas sobre eventos adversos notificados pela Plataforma Notific@	285
Quadro 185-Ideias mais relevantes e palavras-chave eventos adversos notificados pela Plataforma Notific@	285
Quadro 186 — Recomendações em Segurança do Doente no Centro de Saúde do Cartaxo	301

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1 — Caraterização dos Concelhos do ACES da Lezíria por superfície, freguesias e densidade populacional	131
Tabela 2 — Caraterização dos Concelhos do ACES da Lezíria por concelho e população inscrita.....	132
Tabela 3 — Distribuição dos profissionais de saúde participantes por unidade de funcional de afetação	134
Tabela 4 — Subcategorias das ideias mais relevantes sobre o tema da Segurança Doente nos Cuidados de Saúde Primários	157
Tabela 5 — Ideias relevantes sobre Segurança Doente nos CSP na perspetiva do Profissional de Saúde.....	158
Tabela 6 — Ideias relevantes sobre a Segurança Doente na perspetiva da Equipa de Saúde	160
Tabela 7 — Ideias relevantes sobre a Segurança Doente na perspetiva do Ministério da Saúde	161
Tabela 8 — Aspectos favoráveis à CSD nos Cuidados de Saúde Primários	166
Tabela 9 — Aspectos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários.....	169
Tabela 10 — Subcategoria relativas às Condições de Trabalho do Profissional de Saúde	182
Tabela 11 — Subcategorias relativas à Articulação de Serviços.....	184
Tabela 12 — Subcategorias relativas à Situação do doente e família.....	186
Tabela 13 — Subcategoria relativas ao Circuito do doente na unidade de saúde	188
Tabela 14 — Subcategorias relativas à Terapêutica	190
Tabela 15 — Subcategoria relativas à Higienização.....	191
Tabela 16 — Subcategoria relativas a Equipamento, material e sistemas de informação	192
Tabela 17 — Grupos de possíveis causas de eventos adversos da Unidade de Saúde Familiar Terra Viva	195
Tabela 18-Grupos de possíveis causas de eventos adversos da Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I.....	203
Tabela 19 — Grupos de possíveis causas de eventos adversos da Unidade de Cuidados na Comunidade.....	212

Tabela 20 — Grupos de possíveis causas de eventos adversos da Unidade de Recursos Assistenciais partilhados.....	218
Tabela 22-Grupos de possíveis causas de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo	223
Tabela 23 — Grupos de causas de organização da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo	224
Tabela 24 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Organização.....	234
Tabela 25 — Grupos de causas do doente versus Sistema de Saúde da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo	235
Tabela 26 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas do Doente versus Sistema de Saúde	240
Tabela 27 — Grupos de causas de Capacitação da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo	241
Tabela 28 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Capacitação	246
Tabela 29 — Grupos de causas de Condições Físicas e de Aquecimento da Unidade de Saúde da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo	246
Tabela 30 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Condições Físicas/Aquecimento Unidades Saúde.....	250
Tabela 31 — Grupos de causas da Comunicação da Taxonomia de EA do Centro de Saúde do Cartaxo.....	251
Tabela 32 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Comunicação	256
Tabela 33 — Grupo de causas do Medicamento da Taxonomia de EA do Centro de Saúde do Cartaxo.....	257
Tabela 34 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Medicamento	262
Tabela 35 — Grupos de causas de Registo da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo	262
Tabela 36 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Registo	265
Tabela 37 — Grupos de causas de Notificação da Taxonomia de EA do Centro de Saúde do Cartaxo.....	266
Tabela 38 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Notificação	268
Tabela 39 — Grupos de causas de Registo da Taxonomia de EA do Centro de Saúde do Cartaxo.....	268
Tabela 40 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de condições físicas e aquecimento domicílio	270

Tabela 42 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de equipamento e material unidade de saúde	272
Tabela 43 — Causas do Diagnóstico da Taxonomia de EA do Centro de Saúde do Cartaxo	273
Tabela 44-Taxonomia de Eventos Adversos relacionados com o diagnóstico.....	275
Tabela 45 — Total de ocorrências por área chave de intervenção prioritária em Segurança do Doente nos CSP.....	287

1. INTRODUÇÃO

A segurança do doente é um assunto que nos últimos anos tem assumido maiores destaque e importância (Carneiro, 2010; Ribas, 2010; Sousa, 2006; Yaphe, 2012 b).

Tal como a qualidade na saúde, a segurança do doente é um tema de estudos emergente e sensível para o qual as expectativas são altas e a margem de erro é muito pequena. Por isso, a recolha e avaliação de dados é mais difícil, demorada e limitada, pela escassez de recursos financeiros, logísticos e humanos. Abordá-la é mais difícil sobretudo pela complexidade das organizações de saúde; pelo carácter multifatorial das situações por detrás das falhas; pela coexistência de diferentes definições e abordagens; por ser um conceito instável e multifatorial, alterado com o *feedback* (Bate, Mendel & Robert, 2008; Fragata, 2010; Liu, Liu, Wang, Zhang & Wang, 2014; McCarthy & Blumenthal, 2006; Ribas, 2010; Sousa, 2006; Vincent, 2010; Yaphe, 2014).

Concretamente, a complexidade e a variabilidade das organizações de saúde fazem com que a segurança do doente não só assuma um interesse e uma abrangência mundiais como também tenha características e critérios próprios, nos quais se inclui o beneficiário dos cuidados (são ou doente), a família, o profissional, a estrutura de saúde, a sociedade — todos detentores de perspetivas próprias. Desenvolver mudanças nas organizações de saúde (estruturais, de gestão, de cuidados de saúde seguros) e oferecer qualidade (aquela paga por todos) representa um trabalho árduo que requer investimento e esforço dos *stakeholders* — a única forma de facilitar a diminuição do fosso entre o que se sabe sobre segurança, que não é pouco; aquilo de que se dispõe (que não é muito); e aquilo que é possível e indispensável fazer (Aranaz-Andrés, Aibar-Remón, Vitaller-Murillo, Ruiz-López, Terol-Garcia, 2008; Bate et al., 2008; Dixon-Woods, McNicol & Martin, 2012; Sousa et al., 2009; Sousa, Uva & Serranheira; 2010; Vincent & Amalberti, 2017; Vincent, 2010). Clarificou-se que é uma área de investigação a incluir em cursos de segundo e terceiro ciclo, unidades curriculares e tema de teses, cujo ensino deve articular-se com os serviços de saúde para que se potencie a investigação e a transferência de conhecimento para a prática diária (Carneiro, 2010; Ribas, 2010; Sousa, 2006; Yaphe, 2012 b).

Particularmente sensível e complexa é a investigação da segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários. Esta é uma autêntica prioridade devido à visibilidade dos resultados, que é reduzida (face ao seu interesse), pois a maioria das investigações feitas não foram publicadas, e as que existem são insuficientes para que se conheça a dimensão do assunto (Amalberti & Brami, 2012; Gaal, Verstappen & Wensing, 2010 c; Gandhi & Lee, 2010; Sousa et al., 2010; Vincent & Amalberti, 2017). Este é um contexto mais complexo, pois coordena

cuidados de saúde em diversos locais, agentes e procedimentos e atende um leque de pessoas que é diversificado, variando entre pessoas com doenças crónicas e multimorbilidade e pessoas saudáveis. São feitos contactos presenciais, por telefone e por correio eletrónico, e articulam-se procedimentos entre diferentes níveis de cuidado — secundários e terciários — e organizações — privadas ou em regime de parceria ou de voluntariado — (Aranaz-Andrés et al., 2011 b; Campos, 2015; Dixon, Thanavaro, Thais & Lavin, 2013; Fernandes & Queirós, 2011; Gandhi & Lee, 2010; Halligan & Zecevic, 2011; Hoffman, Meyer, Rohe, Gensichen & Gerlach, 2008; Kirk, Parker, Claridge, Esmail & Marshall, 2007; Lovaglio, 2009; Norris, 2009; Pisco, 2016; Pohl et al., 2013; Sandars & Esmail, 2003; Sokol & Neerukonda, 2013).

Por isso, a literatura indica que é crucial que se invista e investigue a segurança do doente no local, pois a complexidade indicada pode por si só propiciar insegurança. Também é diminuto o estudo da gestão e métodos de segurança do doente no mesmo contexto (Bate et al., 2008; Ribas, 2010; Yaphe, 2012 b, 2014).

Com recurso ao Centro de Saúde do Cartaxo do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria, a presente investigação visa contribuir com a análise da proposição de que não apenas existe um escasso conhecimento da parte dos profissionais que contactam diretamente com o doente sobre a segurança do doente nos cuidados de saúde primários; como também os métodos usados na prática são muito intuitivos e individualizados, pela ausência de uma orientação coordenada formal e institucional. Pretende-se investigar a segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários com base num quadro concetual em *Patient Safety Research* que sustente uma investigação qualitativa, um estudo de caso original suportado no local em quatro áreas chave de intervenção: (1) informação e formação em segurança do doente; (2) avaliação das causas de eventos adversos; (3) taxonomia de eventos adversos e (4) desenvolvimento de sistemas de notificação de eventos adversos.

O objetivo é responder a: *o que sabem e conseqüentemente incorporam os profissionais de saúde das unidades funcionais de um Centro de Saúde sobre segurança do Doente no seu serviço?* Por base, ter-se-ão as áreas-chave supracitadas, que nos levam a procurar resposta para as seguintes proposições:

- *O que será que os profissionais de saúde de um Centro de Saúde sabem sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários e num Centro de Saúde em particular?*
- *Será que os profissionais de saúde de um Centro de Saúde do Cartaxo conhecem as principais causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários?*
- *O que será que os profissionais de saúde de um Centro de Saúde sabem sobre Eventos Adversos neste Centro de Saúde em particular?*

- *Como será a cultura e atitude dos profissionais de saúde de um Centro de Saúde face à notificação de Eventos Adversos?*

- *Será que os profissionais de saúde de um Centro de Saúde conhecem e usam da Notificação de Eventos Adversos e Plataforma Notific@ na atividade profissional?*

As proposições clarificaram para cada área-chave os objetivos gerais, os temas e os objetivos específicos. Facilitaram a construção do guião de entrevista semiestruturada, bem como o tratamento, a análise e a redação de conclusões (Miles, Huberman & Saldaña, 2014). As entrevistas semiestruturadas foram dirigidas a 40 profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo, os quais médicos, enfermeiros e técnicos superiores de saúde e diagnóstico e terapêutica) das cinco unidades funcionais que o constituem (Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria, 2015, 2016).

Pretende-se que a investigação seja rigorosa e acessível ao leitor (Correira & Mesquita, 2014; Eco, 2008; Pereira & Poupa, 2008).

Relativamente à estrutura, o estudo de caso divide-se em oito capítulos. O presente e primeiro é relativo à Introdução.

O capítulo dois apresenta o Enquadramento Teórico, um capítulo que foca a teoria subjacente ao estudo, que se prende com: a Qualidade na Saúde; a qualidade dos Cuidados de Saúde Primários; a segurança do doente, e a segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários; a cultura de segurança do doente, e a cultura de segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários; os profissionais de saúde e o doente na sua segurança; o evento adverso e a notificação de eventos adversos; o Sistema de Saúde Português; os Cuidados de Saúde Primários e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES); as unidades funcionais e os grupos de profissionais de saúde de um ACES.

O capítulo três descreve a abordagem metodológica. Começa-se por se definir o quadro concetual correspondente a um estudo de caso sobre *Patient Safety Research*. Ainda no mesmo capítulo será enquadrado o estudo de caso do Centro de Saúde do Cartaxo: o contexto, a unidade de análise, os participantes e o desenho do estudo de caso. No desenho do estudo, serão discriminados os objetivos e apresentadas as hipóteses e o respetivo plano de investigação. Ainda no capítulo três, indicar-se-á o método de recolha de dados: a entrevista e o respetivo guião e os aspetos sobre a entrevista propriamente dita. Serão igualmente indicados os passos dados para efetivar o estudo de caso e o papel do investigador. Por último, explicar-se-á o método de análise de dados: transcrição, procedimentos de codificação, análise de conteúdo, avaliação da qualidade do estudo e redação.

O capítulo quatro contém os Resultados do estudo de caso, no qual se realizou paralelamente a análise e a discussão dos resultados à luz do quadro concetual sobre *Patient Safety Research*.

O capítulo cinco contém as principais conclusões do estudo de caso do Centro de Saúde do Cartaxo. Contém também a indicação das limitações, de recomendações e recomendações para futuras investigações.

O capítulo seis corresponde à Bibliografia; o sete, aos Anexos; o oito, aos Apêndices.

Ao questionar aquilo que os principais grupos de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) das unidades de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo sabem e conseqüentemente incorporam na sua atividade profissional nos Cuidados de Saúde Primários nas áreas-chave de segurança do doente, confirmou-se que o conhecimento é reduzido. Posto isto, aquele que existe é também usado informalmente e não sistematicamente, uma vez que não se encontram informação e formação suficientes e muito menos uma rotina de atuação que incorpore o assunto no dia-a-dia. No geral, os profissionais de saúde que exercem neste Centro de Saúde do Cartaxo conhecem alguns conceitos, procedimentos sobre segurança do doente; ainda assim, estes são diminutos, o que expõe uma necessidade urgente de diminuir o *gap* entre aquilo que se conhece e se faz a fim da segurança neste contexto e aquilo que se pode fazer. Para os profissionais de saúde, a evolução só se efetivará caso a importância conferida ao assunto seja transversal aos Cuidados de Saúde Primários e aos Hospitais, o que parece começar a acontecer. Outra ideia corroborada é a ausência clara de uma definição, ou seja, uma dificuldade em delimitar o que é a segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários; esta indefinição aparenta complicar a abordagem e evolução do assunto (Carneiro, 2010; Direção Geral da Saúde, 2011; Galotti, 2004; Kirk et al., 2007; Liu et al., 2014; Machado, 2014; National Patient Safety Agency, 2006; Sousa, 2006, 2008).

Os profissionais de saúde indicaram que o conhecimento sobre segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários é escasso, sobretudo porque a literatura não é tão variada como aquela que é relativa ao assunto nos hospitais. Na opinião dos profissionais de saúde, o tema é importante e atual. Clarificou-se que existe uma perceção geral de que a qualidade da segurança do doente é importante, mas este não é um assunto presente e sistematicamente incorporado na prestação diária de cuidados de saúde: como tal, certificando a necessidade de investimento e dedicação. A receção do tema por parte dos profissionais foi positiva, o que pode sugerir àquele uma tendência de evolução e conseqüente inclusão regular no serviço, com foco sobre o doente do Serviço Nacional de Saúde.

Ainda assim, existe um enquadramento, bem como legislação recente e específica aos Cuidados de Saúde Primários que suporta possíveis alterações (organizacionais e funcionais) e alguma evolução, ainda que lenta e pouco efetiva. Em destaque está o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD), a Estratégia Nacional para a Qualidade e Saúde e o Plano Nacional de Saúde, alinhados com as estratégias da União Europeia até 2020. O PNSD defende a importância de atuação das Comissões para a Qualidade e Segurança nos Agrupamentos de Centros de Saúde, assim como a avaliação da cultura de segurança do doente e a utilização da plataforma Notific@ para notificação anónima de eventos adversos: incidentes com danos discerníveis resultantes da prestação de cuidados, e não de uma doença ou lesão; *near miss*: aqueles que não chegam a atingir o doente; e os incidentes: aqueles que, apesar de atingirem o doente, não resultam em danos discerníveis (Despacho n.º 1400-A, 2015; Despacho n.º 14223, 2009; Despacho n.º 5613, 2015; DGS, 2012; 2014; Gaal et al., 2010 c; Kirk et al., 2007; Liu et al., 2014; Mendes & Barroso, 2014; Ribas, 2010; Serapioni, 2009; Sokol & Neerukonda, 2013; Vincent, 2010; Yaphe, 2012 a, b). A Comissão para a Qualidade e Segurança do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria tem desempenhado um papel decisivo na promoção de uma cultura de segurança do doente e na articulação entre profissionais de saúde e doentes, tendo veiculado informação e orientações e promovido formação sobre segurança do doente. Atua mediante um plano de ação anual que difunde internamente o sistema de notificação da Direção-Geral da Saúde em reuniões. Os profissionais de saúde que indicaram ter conhecimento da notificação e da Plataforma Notific@ disseram que lhes foi transmitido em reuniões de serviço promovidas pela Comissão. A Acreditação em Saúde e os grupos profissionais majoritários (médico e enfermagem) e com mais anos de serviço podem favorecer a evolução do assunto e ajudar a fomentar a segurança do doente. O grupo de enfermagem foi aquele que maior destaque conferiu e maior conhecimento transmitiu (Chenot, 2007; Despacho n.º 14223, 2009, n.º 1400-A, 2015, n.º 5613, 2015; Hoffmann & Rohe, 2010; Kagan & Barnoy, 2013; Nieva & Sorra, 2003; Pedroto, 2006; Pronovost & Sexton, 2005; Sorra et al., 2008, Vogus et al., 2010).

O facto de os cuidados de saúde serem feitos por diferentes profissionais e dirigidos a um leque diversificado de pessoas, de locais e de formatos — o que implica muita articulação interna e externa — nos quais o doente, a família e a sociedade tendem a colaborar sistematicamente em nada contribui e em nada facilita que os métodos de segurança do doente sejam coordenados na prática formal e diária no local (American Medical Association, 2011; Aranaz-Andrés et al., 2011 b; Bate et al., 2008; Campos, 2015; Dixon et al., 2013; Fernandes & Queirós, 2011; Gandhi & Lee, 2010; Halligan & Zecevic, 2011; Hoffman et al., 2013; Kirk

et al., 2007; Lage, 2010; Lovaglio, 2009; Neuspiel, Guzman & Harewood, 2008; Norris, 2009; Pohl et al., 2013; Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2008; Sandars & Esmail, 2003; Sokol & Neerukonda, 2013; Vincent, 2010; Yaphe, 2012 b, 2014).

Discerniu-se uma forte necessidade de maiores conhecimento e formação para aprimorar a prevenção, preparação e rotina de atuação face a situações tipo, o que em si mesma é uma possível fonte de eventos adversos. Os desafios educacionais são mais graves no domicílio, uma vez que há maior preocupação e desconhecimento sobre a segurança do doente nos cuidados de saúde para o doente domiciliário, que se encontra sobretudo envelhecido, frágil, isolado e carente de cuidados de saúde pelas inúmeras multimorbilidades que apresenta. Já se sabe pouco sobre segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários; contudo, ainda se conhecem e incorporam menos procedimentos e métodos de segurança para o doente no domicílio. O domicílio é favorável à ocorrência de eventos adversos por risco de queda, por motivos que se ligam aos produtos de apoio, às barreiras arquitetónicas, ao medicamento — com destaque para os injetáveis. Não se facilita o controlo de reações adversas nem de possíveis dosagens trocadas, já que, após a administração, o profissional não regressa de modo sistemático ao local (Bate et al., 2008; Gallagher *et al.*, 2013; The Health Foundation, 2011; Vincent & Amalberti, 2017; Vincent, 2010; Waterson, 2014). A passagem de turno sistemática pode facilitar o conhecimento sobre o local, que deverá deixar de estar dependente da capacidade individual, bem como do cansaço e do *stress*, do profissional de saúde para se centrar numa atuação concertada Despacho n.º 1400-A, 2015; n.º 5613, 2015; Falcão, 2013; Fragata, 2010; Kirk et al., 2007; Machado, 2014; Pedro & Pedro, 2013; Sousa et al., 2009; The Health Foundation, 2011).

Sobre a cultura de segurança do doente, clarificou-se que esta não é uniforme e não contempla a prevenção que é favorecida nas unidades em processo de Acreditação. Foi reforçado o importante papel da equipa na discussão de problemas e na implementação de soluções: relevante por ser mais acessível seguir políticas de segurança em equipa do que sozinho. Também se validou que, quando ocorrem poucas ou nenhuma reuniões, existe uma predisposição para a insegurança. Por isso, deve proceder-se à avaliação sistemática da cultura de segurança do doente, adotando o enquadramento da Estratégia Nacional da Qualidade na Saúde. Só assim será possível dar sistematicidade à segurança em contextos de proximidade (unidades funcionais de um Centro de Saúde e domicílio), nos quais se vincam as diferenças na cultura de segurança do doente. Certamente, uma realidade que pode não ser exclusiva do Centro de Saúde do Cartaxo, estendendo a muitos outros Centros de Saúde em Portugal, o que carece de mais investigação (DGS, 2017).

Sistematizando a avaliação da cultura de segurança do doente em cada local, será possível melhorarem-se as diferenças entre os valores encontrados e a atitude do profissional de saúde, a ser preventiva preferencialmente, facilitadora de uma cultura positiva que assuma o que correu pior — pois já ficou bem patente que, perante o evento adverso, o profissional de saúde é uma "vítima", tal como o doente, sujeito a sofrimento.

Ampliando a cultura de segurança do doente, incrementa-se o reconhecimento e a consequente gestão do evento adverso, reduzindo erros e tensões entre profissionais (saúde e outros) e a população. A adesão à notificação de eventos adversos, uma ferramenta que ajuda na identificação de riscos, perigos e vulnerabilidades e viabiliza a aprendizagem, pode favorecer subnotificação, que é uma realidade nacional e internacional, também confirmada no Centro de Saúde do Cartaxo. É crucial que chegue mais informação sobre segurança do doente aos profissionais de saúde através da formação para que conheçam bem o seu contexto de trabalho e atuem preventivamente com base numa cultura livre de represálias, segundo a qual se notifique sempre e a cada momento os eventos adversos ou *near miss* com que se deparem. É mais fácil notificar do que assumir propriamente que alguma situação ou algum aspeto foi inseguro, o que tendencialmente se oculta. Conheceu-se que notificar eventos adversos é uma ideia mais atrativa do que real, e entre as situações notificadas algumas são repetidas pelos profissionais, mediante a ajuda no seu preenchimento na Plataforma Notific@, uma tarefa que é recente nas unidades de saúde. Ainda assim, para este grupo de profissionais, notificar parece mais fácil do que assumir o que não correu bem. De um modo geral, os profissionais concordam com a notificação e julgam que seja útil, mas é um processo demasiado moroso e complexo, por via das inúmeras tarefas que têm de cumprir. É também um processo carente de mais e melhor formação, pois a notificação relativa ao domicílio ainda é mais difícil e complexa. Encontraram-se notificações relativas ao domicílio e à estruturas de saúde, muitas relacionadas com vacinação (Bowie, 2010; Brady et al., 2009; Carneiro, 2010; Fragata & Martins, 2009; Kagan & Barnoy, 2013; Kostopoulou & Denaley, 2007; Kalra, Kalra & Baniak, 2013; Lima, 2011; Macrae, 2008; MS, 2004, 2012; Pedroto, 2006; Savassi, 2012; Sheikhtaheri, Sadoughim Ahmadi & Moghaddasi, 2012; Sousa, 2006; Zwart & Bont, 2013).

Foi indicada pelos profissionais de saúde a base multicausal dos eventos adversos, segundo a sua experiência pessoal e profissional e não de modo concertado e em equipa. Ainda assim, sobretudo naqueles que indicaram já ter feito formação sobre segurança do doente, o conhecimento é maior. Clarificou-se que os profissionais não estão particularmente cientes da metodologia para os eventos adversos na unidade funcional em que exercem; não estão de todo cientes da forma metodológica em matérias de segurança do doente noutras unidades funcionais

do Centro de Saúde em que exercem; e não estão cientes efetivamente de quais os eventos adversos que mais acometem os Cuidados de Saúde Primários. O desconhecimento sobre as principais causas que propiciam eventos adversos (em si mesmo uma forte causa de eventos) assim como a incapacidade de reconhecer como é que estes variam pode dificultar seriamente a tomada de decisão e a anuência de medidas concertadas, uma vez que não existe avaliação sistemática do que comumente ocorre. Por isso, a investigação das causas maiores de eventos adversos nos Cuidados de Saúde Primários deve ser particularizada às realidades locais, tendo em consideração que o grupo de profissionais de saúde discutiu muito mais frequentemente as possíveis causas de eventos adversos no Centro de Saúde do Cartaxo do que nos Cuidados de Saúde Primários. Denota-se também que os profissionais de saúde se preocupam em grande medida com a incorporação de procedimentos e métodos de segurança por parte do seu serviço (Fragata, 2010; Kalra et al., 2013; DGS, 2017; Norris, 2009; Ribas, 2010; Sousa et al., 2009).

Concretamente, em primeiro lugar, as causas apontadas para a ocorrência de eventos adversos nos Cuidados de Saúde Primários dizem respeito às condições de trabalho do profissional: a falta de formação, a pressão, o ritmo de trabalho e o *stress*, que totalizam 26,2 % dos dados. Passam também pelas atitudes dos profissionais de saúde, pelo seu grau de envolvimento e compromisso com os desafios da organização, pelas condições do ambiente, pela comunicação e coordenação com outros níveis e estruturas, pelo medicamento e pelas vacinas, por condições de saúde complexas, múltiplas e de fragilidade (Aranaz-Andrés et al., 2008; Bowie, 2010; Ministério da Saúde, 2015). A Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo é liderada pela *organização*, que lista 33,3 % de causas mais prováveis de eventos adversos no local, um valor que se alinha com a realidade nacional e internacional no mapeamento de possíveis eventos adversos (The Health Foudation, 2011; Pisco, 2016; Vincent & Amalberti, 2017). As cinco unidades funcionais alinham-se à prioridade global do Centro de Saúde quanto às possíveis causas de eventos adversos — problemas de *organização* — à exceção da USF Terra Viva, na qual a *capacitação* assume a dianteira, e da Unidade de Saúde Pública, na qual *as condições físicas e o aquecimento da unidade de saúde* tiveram destaque. Em suma, diferentes alinhamentos, objetivos e necessidades conduzem a causas distintas de eventos adversos, o que é possível pela finalidade ou pelo objetivo das unidades, que varia particularmente entre uma USF Modelo B e uma UCC (Bate et al., 2008).

Em síntese, dos seis desafios que permitem às organizações atingir níveis de qualidade de excelência, aqueles que o Centro de Saúde do Cartaxo enfrenta são educacionais, estruturais e físicos — aqueles com maior destaque na investigação (não descurando os restantes) —, a fim da efetivação de métodos de segurança na prática de modo coordenado (Bate et al., 2008).

Ou seja, é vital que se nivele o conhecimento sobre segurança do doente no Centro de Saúde do Cartaxo através de formação englobada no plano anual de formação do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria, abordando temas tão decisivos quanto: definição concetual e âmbito de erro, evento adverso, incidente, acidente, *near miss*; os princípios subjacentes à segurança do doente, sobretudo: cultura de segurança do doente e importância da notificação de eventos adversos; definições claras sobre notificação (individualmente e em equipa-cultura, anonimato, enquadramento nacional); plataforma Notific@ e processo de notificação de eventos adversos na prática diária; taxonomia de eventos adversos (causas, eventos adversos e soluções tipo) mais comuns nos Cuidados de Saúde Primários e Centro de Saúde do Cartaxo; segurança do doente no domicílio (OPSS, 2015, 2017). Outros contributos práticos da investigação são: a Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo; e a construção de “fotografias exatas” para cada grupo de causas de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo, que mapeiam o possível *pathway* do evento adverso desde a origem até à solução, que terá de se alinhar com o Plano Nacional Segurança do Doente. Este conhecimento decerto irá contribuir para a redução e diminuição do *gap* entre o *know-how* estratégico e o operacional no dia-a-dia das unidades funcionais e dos domicílios, nos quais os cuidados de saúde têm crescido exponencialmente. A organização e os profissionais de saúde passam a ter ao seu dispor instrumentos que promovem o aprimoramento da segurança no local (Chenot, 2007; Despacho n.º 1400-A, 2015; Hoffman et al., 2013; MS, 2016; OPSS, 2017; Sokol & Neerukonda, 2013; The Health Foundation, 2011). Ou seja, a investigação contribui com instrumentos que favorecem a segurança do doente, posto que favorecem a análise dos eventos adversos numa perspetiva prospetiva. Sobre o assunto, deve transmitir-se a obtenção de *know-how* à Comissão da Qualidade e Segurança e à Direção Executiva e Clínica do ACES da Lezíria, destacando a importância não só de alocar recursos que possam dar *feedback* atempado às notificações, mas também de transmitir uma maior confiança numa política não punitiva de notificação de eventos, realçando o valor da cultura de segurança do doente da organização no seu todo. Tal se justifica mediante o forte impacto que os sistemas de gestão têm no comportamento dos profissionais de todos os níveis hierárquicos, facilitando que se incorporem conceitos de qualidade no dia-a-dia (Aguiar, 2010; National Patient Safety Agency, 2006; Liu et al., 2014; Yaphe, 2015). O apoio dos dirigentes é crucial, com soluções que devem ser globais, com as equipas envolvidas, com soluções em comunicação hierárquica e recursos alocados às tarefas necessárias, com medidas equilibradas em intervenções de alto impacto, embora acessíveis, com colaboração interprofissional — já que, de um modo geral, as equipas estão atentas à segurança do doente (sobretudo aquelas que estão numa Acreditação em Saúde),

dispostas a incorporar procedimentos relativos à higienização e ao registo sistemático de eventos adversos. (Bate et al., 2008; Brady et al., 2009; Carneiro, 2010; Carvalho & Vieira, 2002; Silva, 2013; Donabedian, 1990, 1993; Falcão, 2013; Iglesia, Margetidis, Montante, Azzolini & Ricciardi, 2014; Kalra et al., 2013; Kirk et al., 2007; Lage, 2010; Ranji & Shojania, 2008; Ribas, 2010; Rigobello et al., 2012; Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010; Sousa, 2006; Sousa et al., 2009, 2010; Vincent, 2010; Waterson, 2014; Yaphe, 2014, 2015)

A investigação desenvolvida procurou-se adequada, rigorosa e acessível. Sobre a mesma reconhecem-se limitações tais como: só foi possível entrevistar profissionais de saúde: não houve oportunidade de entrevistar outros profissionais, ou até mesmo pacientes do Centro de Saúde do Cartaxo. Além disso, o longo período de análise e estabilização da metodologia de investigação pode não ter favorecido o processo, ficando em aberto outras opções metodológicas para novas investigações. O facto de a investigadora ser uma participante natural do contexto e a escolha da unidade de análise são limitações da investigação (Correia & Mesquita, 2014; Eco, 2008; Vilelas, 2009).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A QUALIDADE NA SAÚDE

De acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality, a Qualidade na Saúde passa por atingir os melhores resultados possíveis, por fazer a coisa certa ao doente certo, de forma adequada. Um atendimento de qualidade é mais eficiente e gera menos desperdício; do mesmo modo, é o cuidado que permite que haja menor prejuízo para os doentes. A título de exemplo, é mais difícil administrar dez medicamentos a um doente do que corrigir uma falha no motor de um avião; assim como é muito mais complexo garantir a comunicação entre doze pessoas num bloco operatório do que entre o piloto e o copiloto de um avião (Andel, Davidow, Hollander & Moreno, 2012; Carneiro, 2010; Crane et al., 2015; Iglesia et al., 2014; Serapioni, 2009; Silva, 2013; Sousa, 2006; Yaphe, 2014).

Conhecendo a dimensão e relevância do tema, seria de supor que a Qualidade na Saúde fosse estudada há anos. Contudo, encontrou-se alusão à falta de atenção que lhe tem sido dada por investigadores, por decisores e por quem exerce cuidados de saúde. Como tal, há urgência de estudo. Identicamente, é um campo de investigação sensível que está sujeito a expectativas muito altas e a uma margem de erro limitadíssima (Bate et al., 2008; Carneiro, 2010; Liu et al., 2014; Ribas, 2010; Sousa, 2006; Vincent, 2010; Yaphe, 2012, b; 2014).

Ou seja, apesar de existir enquadramento propício, a expansão do tema na saúde, um pouco por todo o mundo, continua mitigada relativamente a outras indústrias (nucleares, químicas, transportes — aviação civil) e está sobretudo subdesenvolvida na recolha, na avaliação e no reconhecimento de uma cultura de segurança. A abordagem também se afigura mais difícil, devido à complexidade das organizações de saúde e o carácter multifatorial das situações que favorecem as falhas. A própria aferição de qualidade nos serviços de saúde é histórica e conjunturalmente mais difícil, uma vez que coexistem diferentes definições. Contrariamente ao estudo de intervenções farmacológicas e cirúrgicas e dos testes de diagnóstico (áreas concetualmente claras e não ambíguas), a qualidade na saúde é um conceito instável e multifatorial, sujeito a uma multiplicidade de abordagens que dependem do contexto e se modificam com o *feedback*. Disto são exemplos: acreditação em saúde; gestão do risco; governação clínica; erro médico; evento adverso e *near miss*, entre outros. Também a escassez de recursos (financeiros, logísticos e humanos) limita a investigação. Ou seja, clarificou-se a urgência de investigação a fim de mudanças efetivas nas organizações, um processo que requer investimento árduo e esforço dos *stakeholders*, para que a cada cidadão se ofereça o que é mais

importante: a qualidade nos cuidados de saúde, paga por todos (Bate et al., 2008; Carneiro, 2010; Dixon-Woods et al., 2012; Fragata, 2010; Liu et al., 2014; McCarthy & Blumenthal, 2006; Pedroto, 2006; Ribas, 2010; Sousa, 2006, 2008; Vincent, 2010).

Deste modo, captando a importância vital do assunto, o enquadramento teórico observará atentamente a Qualidade na Saúde para que se conheça a sua evolução histórica.

2.1.1 Resenha Histórica sobre Qualidade na Saúde

Sobre a Qualidade na Saúde, sabe-se que foi nos Estados Unidos da América (EUA), no início do século XX, que a *Quality Assurance* foi considerada como primeiro método de avaliação ao cuidado médico, aquele que viria a verificar e a reduzir a alta variabilidade de resultados terapêuticos (Faria & Moreira, 2009; Mendes & Barroso, 2014; Serapioni, 2009).

Mas foi na verdade a partir dos estudos pioneiros de Donabedian (1990) que a qualidade na saúde se desenvolveu concetual e metodologicamente em âmbito internacional. De acordo com o trabalho que aquele desenvolveu, são sete os pilares da qualidade na saúde:

- Eficácia — capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do doente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

- Efetividade — melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática quotidiana.

- Eficiência — medida do custo mediante o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

- Otimização — torna-se relevante quando os efeitos do cuidado da saúde passam a ser avaliados em relação aos custos e não de forma absoluta.

- Aceitabilidade — sinónimo de adaptação do cuidado aos desejos, às expetativas e aos valores dos doentes e das famílias; depende da efetividade, da eficiência e da otimização, além da acessibilidade do cuidado.

- Legitimidade — aceitabilidade do cuidado tal como é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

- Equidade — princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população; é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Para a evolução do assunto, também contribuíram o apoio e as indicações dadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que emitiu diretrizes de carácter internacional

aconselhando cada país a desenvolver uma estratégia nacional para a qualidade e para a segurança na saúde, com medidas sustentáveis e a longo prazo (de acordo com a realidade regional e local). Também solicitou aos profissionais de saúde — perante a expectativa de bons resultados terapêuticos — uma atualização permanente da preparação científica e técnica mudanças tecnológicas constantes e um escrutínio público sem precedentes (Donabedian, 1990, 1993; Faria & Moreira, 2009; Organização Mundial Saúde, 2008).

Desde então, a OMS tem investigado o assunto, assumindo uma estratégia global em segurança do doente que passa por reduzir riscos e eventos adversos, melhorar os resultados em saúde, realçar a experiência do doente e reduzir custos (WHO, 2017). Ou seja, uma estratégia global suportada na visão de “um mundo onde cada pessoa recebe cuidados de saúde seguros, sem riscos e danos, sempre e em qualquer lugar” (World Health Organization, 2017, p. 4). A Missão da OMS prevê melhorias sustentáveis na segurança do doente, gerindo os riscos e prevenindo o evento adverso ao doente (World Health Organization, 2017).

Relativamente à investigação disponível sobre qualidade na saúde, salienta-se aquela conduzida por Bate et al. (2008), que convida a observar panoramicamente a saúde global da terra, um posicionamento privilegiado que apura a topografia da qualidade das organizações, que, tal como o horizonte das cidades, não é constante.

Aceitando-o, conhece-se uma topografia de picos muito elevados e vales muito profundos, com ilimitados tons e cores, e também com enormes diferenças entre organizações de saúde, ou até na mesma organização, quanto à qualidade dos serviços e à experiência dos doentes e das equipas, no mesmo país ou em países diferentes. Compreende-se que existem diferenças acentuadas nos diferentes departamentos de um qualquer hospital, e isto porque, numa organização de saúde, virar à esquerda ou à direita pode fazer diferença entre cuidados magníficos ou cuidados aquém dos critérios de qualidade básicos (Bate et al., 2008; Vincent, 2010). A investigação também afina como se passou a olhar a qualidade na saúde e clarifica como o assunto deve ser estudado:

- Observando os altos e baixos do dia-a-dia;
- Focando-se não apenas "no que" funciona mas também em "como" e/ou "porquê" funciona de determinada maneira e não de outra;
- Englobando as variáveis de causa e efeito para explicar variações na qualidade, ao invés de estudar apenas processos;
- Mudando o foco isolado sobre a instância macro ou micro das organizações para ambas em simultâneo;

- Olhando a qualidade não só enquanto método, técnica, disciplina ou competência, mas também enquanto desempenho organizacional e humano, um processo social que é realizado pelas pessoas nas interações diárias (Bate et al., 2008).

Em suma, possibilita-se um conhecimento profundo sobre os processos que impedem as organizações de saúde de atingir melhorias na qualidade, bem como aquilo que permite à mesma organização, em determinadas alturas, atingir a excelência (percecionada por doentes e pares, suportada por dados clínicos e desempenhos), que na generalidade dos casos não mantém por um período razoável de tempo. Também resumiram os seis desafios para a excelência das organizações de saúde: educacionais, emocionais, estruturais, físicos, políticos e tecnológicos (Bate et al., 2008; Dixon-Woods et al., 2012).

Na Europa, o assunto ganhou destaque no início do século XXI, em parte pela estratégia de Lisboa, definida durante a presidência portuguesa da União Europeia, no ano 2000, assente numa agenda que ambicionava (no intervalo de uma década) pôr a Europa na vanguarda da investigação e da inovação, levando-a a ser mais competitiva e dinâmica em termos científicos e económicos (Sousa et al., 2010). Esta estratégia apoiou-se nalguns projetos de investigação, entre os quais *Quality and Safety in European Union Hospitals*. O objetivo deste passava por aumentar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde na União Europeia, melhorando a confiança nos tratamentos recebidos em qualquer estado-membro, uma vez que a mobilidade do cidadão europeu legitima a expectativa de que se recebam cuidados de saúde em qualquer estado-membro em condições iguais àquelas do país de origem. Este é um verdadeiro desafio para o sistema de saúde europeu. (University College London, 2013). Outro projeto, *European Network for Patient Safety & Quality*, que contou com a participação de 27 países da Comunidade Europeia, visava reforçar a cultura de segurança do doente e a ação estratégica da qualidade da saúde na Europa (Despacho n.º 5613, 2015; European Network Patient Safety Quality, 2012; Madeira, 2012; Suñol et al., 2009; Wischet & Schusterschitz, 2009). Ambos permitiram reforçar o interesse sobre o tema e de uma das seis dimensões da qualidade da saúde — a segurança do doente —, desafiando a que os cuidados de saúde prestados em qualquer lugar e a qualquer cidadão europeu sejam verdadeiramente seguros (Institute of Medicine, 2001).

Seguindo a reflexão, e observando a realidade portuguesa, o grupo que elaborou o relatório de Primavera do Observatório Português para os Sistemas de Saúde (OPSS) em 2013 fez saber que milhares e milhares de pessoas recebem cuidados de saúde de qualidade nos hospitais portugueses, que se baseiam de ano para ano em padrões de alta qualidade e que registam raras falhas graves face ao volume de cuidados prestados diariamente. O relatório veio

a confirmar que, ao longo dos anos, o nível de saúde da população portuguesa tem sofrido aumentos significativos na esperança média de vida (em 2000 era de 80 anos, e em 2008 atingia os 82 anos e meio), muito pela reorganização e qualidade da oferta dos cuidados de saúde (Observatório Português Sistemas Saúde, 2013; Sousa, 2006; Serranheira, Sousa & Sousa, 2009).

Vejam: em 2015, existia um rácio de médicos por habitante apropriado, embora inadequadamente distribuído pelo território, com clara vantagem para as regiões urbanas. Relativamente ao número de enfermeiros, o valor estava claramente abaixo da média dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), a decrescer desde 2014, sobretudo no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com um dos mais desequilibrados rácios enfermeiro / médico de família na OCDE. Face ao número de consultas, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) existia desde 2008 uma redução do número de consultas médicas *per capita* e por ano, um número muito inferior à média da OCDE. Este foi parcialmente compensado pelo ligeiro aumento das consultas médicas domiciliárias e pelo claro aumento das consultas domiciliárias de enfermagem. Por sua vez, aumentou o número de consultas médicas na consulta externa dos hospitais públicos (OPSS, 2015).

Já em 2017, o Relatório de Primavera do OPSS veio indicar algumas situações que preveem a necessidade, cada vez maior, de alargar a rede de oferta de consultas nos CSP. Há destaque para a consultas na comunidade e no domicílio, principalmente por se antever:

- Aumento de situações crónicas;
- Dificuldades no cuidado prestado pelas famílias, que desenvolvem respostas desadequadas às necessidades do doente;
- Reconhecimento do estatuto do cuidador informal, que presta cuidados à pessoa dependente no domicílio, consubstanciado na apresentação da proposta do estatuto do cuidador informal, um pilar da domiciliação de cuidados e de apoio social;
- Transferência de competências dos hospitais para os CSP;
- Apoio a pessoas portadoras de doença mental e em situação de dependência, com vista à sua estabilidade e integração social, suportado na expansão, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados até 2019 (OPSS, 2017).

Ou seja, a própria noção de qualidade na saúde tem evoluído e tem reconhecido a importância da intervenção não só nas estruturas de saúde mas também nas estruturas comunitárias, dando forte ênfase aos cuidados domiciliários. Estes, por sua vez, trouxeram

novos desafios e a necessidade de uma mudança de paradigma nas organizações, nos profissionais, no doente, na comunidade: de modo geral, em todos. (OPSS, 2017)

Outros documentos que em Portugal se revelaram cruciais para o reforço a qualidade na saúde foram o Plano Nacional de Saúde (PNS) (2012–2020) e a Estratégia Nacional para Qualidade na Saúde (ENQS) (2015–2020) (Faria & Moreira, 2009).

Retrospectivamente, o PNS é um documento de excelência que, já entre 2004 e 2010, identificava fatores que vinham limitando a qualidade na saúde: escassa cultura de qualidade; défice organizacional; falta de indicadores de desempenho; pouco apoio estruturado à decisão estratégica e ao diagnóstico. (Faria, 2010; Ministério da Saúde, 2004) Todos estes são aspetos que estimularam a reforma no Sistema de Saúde Português (iniciada em 2006), facilitadora de um novo compromisso político — um novo fôlego para o envolvimento geral na qualidade na saúde e de cuidados mais seguros (Decreto-Lei n.º 28, 2008; Missão Cuidados Saúde Primários, 2006; Sousa et al., 2009).

Ainda assim, e apesar das reformas supraditas, em 2010, na avaliação (externa e independente) do PNS, continuou a confirmar-se a necessidade de corrigir lacunas nas políticas de qualidade para os cuidados de saúde e de segurança do doente, sustentadas nos direitos da pessoa à vida e à integridade física e mental (World Health Organization Regional Office Europe, 2010). Por isso, e tendo como base a avaliação independente, o PNS subsequente reconfirmou, para o horizonte temporal (2012 a 2016), que a qualidade na saúde não pode deixar de estar presente caso se pretenda obter cuidados centrados em várias dimensões: a adequação e a efetividade dos cuidados; a equidade e a não-discriminação no acesso; a continuidade e integração dos cuidados durante todo o processo assistencial; a eficiência na utilização de recursos para obter cuidados de qualidade a um custo sustentável; a segurança do doente, profissional e partes interessadas; a comunicação e a participação (MS, 2012). O documento indicava que 95 % dos portugueses defendiam mudanças no SNS, sobretudo: redução de tempos de espera (43 %), uma melhor organização dos recursos (33 %), um maior investimento (30 %) e uma melhor qualidade (24 %) (Ministério da Saúde, 2012). Indicava ainda a necessidade de se “formar, desenvolver e reter recursos humanos da saúde, valorando a sua competência profissional” (MS, 2012, p. 24).

Já em maio de 2015, e ainda no seu período de vigência, o prazo do documento foi alongado até 2020, no alinhamento da estratégia europeia Health 2020, o quadro de referência para as políticas europeias de saúde. Suportava-se numa visão que pretende maximizar ganhos em saúde e a confiança do cidadão no Sistema de Saúde, prevendo desse modo:

- Integrar todos os setores da sociedade;

- Usar estratégias assentes na cidadania, na equidade, no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis (qualidade como cultura);
- Desenvolver planos de saúde articulados e contratualizados;
- Usar a Plataforma de Dados de Saúde na integração de cuidados;
- Privilegiar o trabalho interdisciplinar e a formação;
- Avaliar o profissional, tendo como suporte a melhoria contínua (MS, 2015).

Relativamente à ENQS, esta em 2009 refletia as linhas de ação que passaram a nortear as atividades de promoção da qualidade em saúde, ponderadas globalmente e implementadas localmente através dos recursos humanos e financeiros disponíveis (Despacho n.º 14223, 2009; Faria & Moreira, 2009). A referida estratégia também foi atualizada em 2015, inscrita num “quadro de política pública de luta contra incidentes de segurança pela prestação de cuidados de saúde do SNS (...) e a melhoria contínua da qualidade e da segurança” (Despacho n.º 5613, 2015, p. 13551).

Tendo como horizonte o ano de 2020, a estratégia da ENQS adotou as seguintes prioridades:

- Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
- Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, nas unidades prestadores e nas instituições;
- Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação;
- Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- Reforço da investigação clínica;
- Reforço da segurança do doente. (Despacho n.º 5613, 2015, p. 13552)

De igual modo, a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), articulando-se com o OPSS, o PNS e a ENQS, tem indicado quão importante é a qualificação dos profissionais de saúde, no alinhamento do PNS e da ENQS, sobretudo em temas como: a equipa e a segurança do doente; as ferramentas de análise em segurança do doente nos CSP; a participação do doente na sua segurança. (OPSS, 2013, 2015, 2017)

Em suma, os fatores que ajudam a garantir qualidade nos cuidados de saúde passam por procurar a melhor informação sobre investigação científica disponível; permitir que a informação sobre o doente esteja disponível quando a profissional precisa dela; exista

coordenação de cuidados entre profissionais; se forneçam cuidados compreensíveis e contínuos; se financie qualidade em vez de volume e se envolva o doente (MS, 2015; OMS, 2014).

É imprescindível assegurar que a qualidade é sentida por todos da mesma forma, uma vez que uma parte substancial de portugueses ainda não tem médico de família e que as reformas em Portugal devem refletir a qualidade e a integração de cuidados nos diversos patamares do SNS, reconhecendo-se legitimidade ao cidadão para exigir a qualidade nos cuidados recebidos. Outras melhorias passam pelo uso de tecnologias de informação, pela ampliação do relato e pela melhoria na gestão (doenças complexas precisam habitualmente de mais do que uma especialidade médica) (Campos, 2015; Lage, 2010; Pedroto, 2006; Silva, 2013; Sousa et al., 2009; World Health Organization, 2008).

Visivelmente, a qualidade na saúde é um conceito dinâmico, multidimensional, com características e critérios próprios, no qual se incluem o utilizador dos cuidados (são ou doente), o profissional, a estrutura de saúde, a sociedade — todos com perspetivas próprias, pois a humanização dos cuidados de saúde tem posicionado o doente no centro da experiência da doença. Também se passaram a considerar as organizações que representam o doente, uma vez que este nem sempre detém a capacidade de reivindicar os seus direitos e a qualidade (Bate et al., 2008; Crane et al., 2015; Iglesia et al., 2014; McBurnie e Øvretveit, 1996; Muething *et al.*, 2012; Ribeiro et al., 2008; Serapioni, 2009; Walker et al., 2008; Yaphe, 2015). Considerando a perspetiva do doente e analisando os diversos estudos realizados entre 1966 e 1995, aquilo que o doente mais valoriza é, por ordem decrescente: o humanismo; a competência; a precisão; o envolvimento nas decisões que lhe dizem respeito; o tempo de consulta consigo dispensado (Santos et al., 2010).

Em suma, e de acordo com McBurnie e Øvretveit (1996) os principais grupos de interesse, cujas perspetivas são consideradas ao avaliar a qualidade dos serviços de saúde, são:

- O doente: o que este e respetivos acompanhantes pretendem do serviço (em grupo ou individualmente);
- O profissional: se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais e se as técnicas e os procedimentos essenciais são efetuados satisfatoriamente;
- O grupo de gestão: o uso dos recursos é eficiente e produtivo para responder às necessidades, dentro dos limites e diretrizes indicadas pelas autoridades.

Nenhum dos grupos deve ser ignorado, pois individualmente podem privilegiar determinado aspeto da qualidade. Como tal, deve investigar-se a gradual redução entre perspetivas, encontrando interconexões e evitando exclusividades. E, se por um lado a avaliação

da qualidade nos serviços de saúde deveria ser frequentemente (monitorizada e aplicada) ao maior número de serviços enquanto fator de peso na escolha do doente, por outro é certo que avaliar e consequentemente decidir em favor de um sistema de gestão da qualidade na saúde — incorporando conceitos e métodos de qualidade — implica transformações significativas e difíceis nos sistemas de gestão e no comportamento dos profissionais de todos os níveis hierárquicos. Certamente, para todos os sistemas de saúde que procurem uma melhoria da qualidade na saúde, o risco clínico e a segurança do doente são estratégicos, pois o risco é inerente a tudo o que é feito. Além disso, o processo de cuidar contém em si mesmo certo grau intrínseco de incerteza: tratar, determinar prioridades, escolher equipamentos ou optar por nada fazer. (Aguiar, 2010; Nogueira, 2008, Yaphe, 2015)

Em suma, a qualidade tenta otimizar a eficácia dos cuidados de saúde, e a segurança considera a minimização de riscos que advêm da prestação de cuidados de saúde, conciliando medição e mudança — observando-se as principais definições de Qualidade na Saúde, o próximo ponto em análise (Fragata & Martins, 2009; Dixon-Woods et al., 2012; Lage, 2010; Pedroto, 2006; Silva, 2013; Sousa et al., 2009; World Health Organization, 2008).

2.1.2 Definição de Qualidade na Saúde

De acordo com Santos et al. (2010), o que motiva a procura de cuidados de saúde é a intrínseco à vontade de estar saudável ou de restabelecer a saúde, obtendo cuidados de qualidade.

A Qualidade na Saúde refere-se ao grau por que “os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (Direção Geral da Saúde, 2011, p. 14).

Ou seja, a qualidade na saúde é o modo como os serviços de saúde, com o nível de conhecimento que possuem, obtêm os resultados desejados e reduzem a ocorrência de resultados indesejados junto daqueles que os procuram (DGS, 2011).

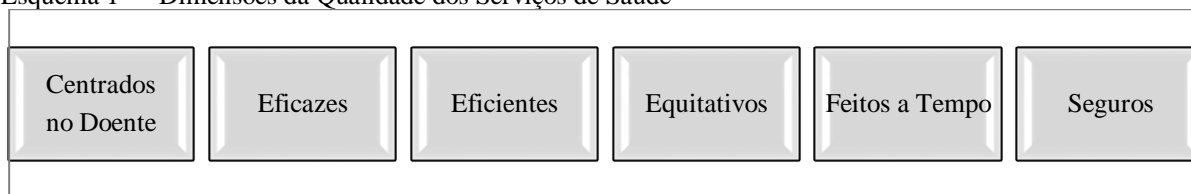
E aqui importa saber que os “cuidados de saúde incluem o autocuidado (...) e que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade” (DGS, 2011, p. 7).

Claramente, a qualidade na saúde depende não de um único fator mas sim de uma série de componentes, atributos ou dimensões, não sendo possível escolher uma definição universalmente válida para o conceito de Qualidade na Saúde — que deve ajustar-se em função da missão do serviço ou serviços de saúde em análise, considerando realisticamente as

circunstâncias do meio em que está/ão inserido(s) (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017).

Um grupo de dimensões muito utilizado e que serviu de base para a construção de indicadores de qualidade em várias partes do mundo é do Instituto de Medicina (IOM), nos Estados Unidos, que foi posteriormente adaptado pela OMS, sobretudo para a qualidade da assistência hospitalar (Institute of Medicine, 2001; OMS, 2008). O grupo é composto por seis dimensões-chave que as organizações devem alcançar a fim da qualidade nos cuidados de saúde. Os cuidados de saúde devem centrar-se no doente e ser eficazes, eficientes, equitativos, assíduos, pontuais e seguros (Gouvêa & Travassos, 2010; Joint Comission International, 2007; Institute of Medicine, 2001; OMS, 2008; Pedroto, 2006; Sousa, 2006; University College London, 2013) (ver Esquema 1).

Esquema 1 — Dimensões da Qualidade dos Serviços de Saúde



Fonte: Adaptado de IOM (2001).

Em Portugal, o Ministério da Saúde (MS) considerou que a qualidade na saúde apresenta características muito específicas que a diferenciam da qualidade organizacional, pois procura satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde e não responder à procura, oferecendo sempre mais. Este é um conceito complexo ligado a uma questão de gradação e não de presença *versus* ausência (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2017; DGS, 2011; Madeira, 2012; MS, 2015; Pessoa, 2005).

Assim sendo, e sabendo que o cidadão tem direito à qualidade na saúde e sobretudo à segurança (consagrada como direito internacional pela OMS), e sabendo que as organizações de saúde, pela sua complexidade e estrutura (apesar das diretrizes), ainda não conseguiram acautelar preventivamente a segurança do doente, a pesquisa direcionou-se nesse sentido, uma vez que capta a relevância do assunto (Carneiro, 2010; Crane et al., 2015; Faria, 2010; Fragata, 2010; Iglesia et al., 2014; Institute of Medicine, 2001; Jha, Praposa-Plaizier, Larizgoitia & Bates, 2010; MS, 2012; Shekelle et al., 2013; Sousa, 2006; Sousa et al., 2010; World Health Organization News, 2008; Yaphe, 2015).

2.2 A SEGURANÇA DO DOENTE

O desconhecimento é o principal inimigo dos cuidados de saúde seguros (OMS, 2012). De acordo com Vincent (2010), a insuficiente pesquisa sobre segurança do doente disponível e a falta de atenção que se dá ao assunto são por si só negligentes.

Efetivamente, tal como a qualidade na saúde, a segurança do doente é uma área relativamente recente da gestão, da investigação e da prática clínica. Só nas últimas duas a três décadas passou a constituir-se como preocupação formal dos sistemas de saúde e da agenda política de muitos países. Começou a ser considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo, nomeadamente pela contribuição de estudos epidemiológicos, que vieram evidenciar os efeitos indesejáveis nos cuidados de saúde mediante falhas na qualidade. Um sistema de saúde que assegura que o doente está em segurança representa uma visão com projeção mundial, é um assunto com bastante visibilidade para quem produz cuidados de saúde. (ANVS, 2017; Carneiro, 2010; Crane et al., 2015; Faria, 2010; Fragata, 2010; Iglesia et al., 2014; Institute of Medicine, 2001; Jha *et al*, 2010; MS, 2012; Neuspiel et al., 2008; Shekelle et al., 2013; Sousa, 2006; Sousa et al., 2010; Vincent, 2010; World Health Organization, 2017; Yaphe, 2015)

Seramente, a informação que existe ainda é escassa e visivelmente desajustada, bem como de difícil acesso ao investigador (sensibilidade e complexidade). É uma área multidisciplinar recente, com dificuldade em recrutar grupos com dimensão e competência adequadas à investigação e com um financiamento de alocação difícil (montante e oportunidade). Também deve considerar-se que existe uma multiplicidade de abordagens metodológicas que, embora evidenciem a riqueza do seu conteúdo disciplinar por um lado, dificultam a sua evolução por outro. Apesar de pertinente, a investigação em segurança do doente ainda é difícil de concretizar (Crane et al., 2015; Iglesia et al., 2014; Ribas, 2010; Santos et al., 2010; Sousa et al., 2010; Vincent, 2010).

Também se sabe que as unidades de saúde, pelas suas características, favorecem nos diversos níveis de cuidado ações em tribunal por danos causados, principalmente:

- Aumento crescente de doentes e atos médicos pela evolução previsível da pirâmide demográfica (número de pessoas em idade avançada carentes de cuidados de saúde);
- Surgimento recorrente de novos medicamentos e tecnologias muito distintos e de efeitos imprevisíveis ou desconhecidos que acarretem riscos elevados;
- Conjuntura de contenção de despesa, que implica cortes nos recursos humanos e materiais e cria mais *stress* nos profissionais;

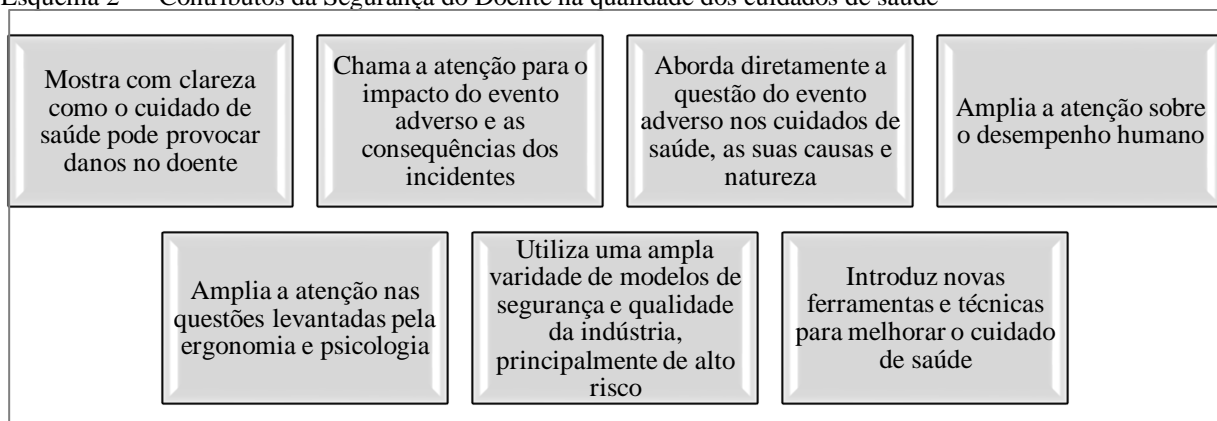
- Perda de confiança do doente nas organizações de saúde e nos profissionais, com consequente degradação das relações, entre si;
- Crescente poder reivindicativo das vítimas de dano médico, pela maior educação na área e pela enorme mediatização na comunicação social em defesa das vítimas;
- Redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados/desejados, afetando a qualidade do serviço. (Faria, 2010; Lage, 2010; Ribas, 2010; Sousa et al., 2009, 2010)

Aspetos como a gravidade da doença, o volume imprevisível de pessoas e a complexidade da estrutura dos serviços aumentam especialmente a insegurança nalgumas áreas da saúde, e, nos últimos dez anos, a opinião pública tem-se precipitado, e fá-lo cada vez mais, num dilúvio de estatísticas acerca do erro médico. (Faria, 2010; Lage, 2010; Ribas, 2010; Sousa et al., 2009, 2010; Vincent, 2010)

Como tal, os sistemas de saúde que diminuem tanto quanto possível os riscos para o doente (segurança) estão inevitavelmente a aumentar a qualidade dos seus serviços, uma noção que só no século XXI foi explicitamente incluída no conceito de qualidade. Assim, reconfigurando-se de uma dimensão que não era observada para uma dimensão que começou a ser considerada o *boom* da qualidade na saúde, passou a ser uma dimensão crítica e estratégica da qualidade dos cuidados de saúde. É um interesse claro e sério para qualquer pessoa mundialmente; o cerne qualitativo dos serviços de saúde; um enorme benefício para todos. Quando alguém da nossa família recebe tratamentos de saúde, desejamos que esta pessoa esteja realmente segura, independentemente do nível em que aqueles ocorrem. (ANVS, 2017; Vincent, 2010; WHO, 2017)

De acordo com Vincent (2010), é possível sistematizar os contributos da segurança do doente na qualidade de cuidados de saúde. Elaborar seriamente o conhecimento irá aprimorar a qualidade dos cuidados que são feitos (ver Esquema 2).

Esquema 2 — Contributos da Segurança do Doente na qualidade dos cuidados de saúde



Fonte: Adaptado de Vincent (2010).

Legitimando a importância do tema, o Emergency Care Research Institute (ECRI), nos Estados Unidos da América, sumariza anualmente, com base nos dados de eventos adversos recolhidos e nas indicações de um grupo de peritos, as principais preocupações em segurança do doente.

Em 2017, as preocupações de cariz mundial assumiram um carácter transversal, não sendo exclusivas de um ou de outro contexto de saúde, apesar de algumas delas terem um impacto mais significativo nos CSP, sobretudo no domicílio (Emergency Care Research Institute, 2017a). De acordo com o Emergency Care Research Institute, as dez preocupações inventariadas em 2017 refletem os eventos adversos que têm causado danos (muitas vezes graves) em situações e a pessoas reais, nomeadamente:

- *Gestão da informação do processo clínico eletrónico* — que as pessoas (sobretudo profissionais) tenham acesso à informação quando precisam de tomar decisões clínicas e de saúde, distribuindo-se a informação por quem usa, por quem concebe sistemas e pelo beneficiário que deve envolver-se na gestão da informação, entender funcionalidades e reportar problemas.

- *Não-reconhecimento da deterioração do estado clínico do doente* — que se possam desenvolver competências para rapidamente se identificarem as situações de maior risco clínico, uma vez que saber os riscos do doente facilita a planificação de cuidados que o envolvem.

- *Implementação e uso de ferramentas de suporte à decisão clínica* — que se melhore a resposta na análise de sistemas e processos de trabalho, reconhecendo barreiras, baseadas em protocolos e situações específicas, que envolvam o doente (literacia em saúde).

- *Divulgação e acompanhamento dos resultados dos meios complementares de diagnóstico* — que se melhorem as ferramentas que garantam que se tem a informação certa e exata no momento certo do fluxo de trabalho dos serviços de saúde, clarificando papéis e responsabilidades.

- *Desadequação da prescrição e administração de antimicrobianos* — que se melhore o conhecimento e a correta administração de antimicrobianos nos diferentes níveis de cuidado, educando organizações de saúde, profissionais, doentes, famílias e público.

- *Correta identificação do doente* — que se desenvolvam iniciativas prioritárias que envolvam clínicos e não-clínicos, identificando barreiras na prática da identificação segura (disso são exemplo tecnologias como *displays* eletrónicos e códigos de barras).

- *Administração e monitorização de opióides nos cuidados agudos* — que se desenvolvam competências de avaliação cuidadosa do doente antes e após a administração, implementando as melhores práticas através de processos que incluam uma correta identificação do doente e um cuidado acrescido nos medicamentos (compra, rotulagem, dispensa), com recurso a código de barras e verificações duplas.

- *Problemas de saúde comportamental em instituições/serviços de cuidados gerais (não comportamentais)* — que as organizações de saúde, que nem sempre identificam necessidades de saúde comportamentais, reconheçam as necessidades reais do doente, evitando alguma hostilidade ou comportamento agressivo que possa assustar e/ou frustrar os profissionais sem formação ou suporte adequados. Todos os profissionais devem ter formação sobre técnicas não ofensivas, reconhecendo sinais precoces de necessidades de saúde comportamentais.

- *Gestão de novos anticoagulantes orais* — que o uso de anticoagulantes se faça acompanhar de alertas e planos para a sua não-duplicação e não-reversão.

- *Os sistemas ou processos organizacionais desadequados à melhoria da segurança e qualidade* — que as organizações sejam proativas e apostem na prevenção (ao invés de aguardarem passivamente por problemas), suportando-se numa cultura baseada na justiça e na aprendizagem e não na culpa; que as organizações se sustentem em planos de segurança aprovados pelas Direções Clínicas e Executivas (ECRI, 2017b).

E, conhecendo o que se deve priorizar na segurança do doente em 2017, ligeiramente diferente de anos anteriores, passa a ser decisivo aprofundar o conhecimento, analisando a evolução histórica do tema (Despacho n.º 14223, 2009; Despacho n.º 5613, 2015; Eco, 2008; Institute of Medicine, 2001; Liu et al., 2014; Mendes & Barroso, 2014; Silva, 2013).

2.2.1 Resenha Histórica sobre Segurança do Doente

Historicamente, é o cuidado de saúde médico, particularmente o de Medicina Geral e Familiar, que encerra em si mesmo algumas características que o predispõe a falhas. Estas passam maioritariamente por ambientes de trabalho incertos e em constante mudança; por múltiplas fontes de informação, por vezes contraditórias e com imprecisões; pela necessidade de processar informação atualizada em circunstâncias instáveis; pela incerteza no diagnóstico; pela intensidade do *stress*; e por longos períodos de atividade. E, talvez por isso, o grupo médio tem continuamente prestado uma maior atenção à segurança do doente, pois já a medicina hipocrática se alicerçava na obrigação de o médico usar toda a sua arte para tratar o doente e nunca, jamais, lhe provocar qualquer dano — *first do not harm*. Posteriormente, os princípios de ética médica viriam a consagrar que o médico, ao não poder atuar favoravelmente sobre a

doença, se abstinhasse de realizar danos adicionais — *primum non nocere*. (Beauchamp & Childress, 2012; Lage, 2010; Norris, 2009; Pohl et al., 2013; Seiden, Galvan & Lamm, 2006; Serapioni, 2009; Sousa et al., 2010; Yaphe, 2014)

Apesar disso, e sob a égide da Direção-Geral da Saúde e da União Europeia, sabe-se que o número dos erros feitos por médicos é elevado. Por outro lado, o cidadão entende que recai sobre o sistema a obrigação de assegurar a qualidade, pois — seja na consulta médica, nos exames complementares de diagnóstico ou em qualquer tratamento — é expetável uma resposta fiável de pessoas confiáveis que assegurem a saúde e resolvam a doença. (Vaz & Serranheira, 2010)

Mas é sem dúvida em 2000, com o lançamento do relatório do Instituto de Medicina *To Err Is Human: Building a Safer Health Care System*, que surge a ideia de que o evento adverso tem consequências gravosas para o doente, relançando o assunto da segurança do doente nos programas ministeriais, nos parágrafos regulamentares dos centros hospitalares, nos organigramas dos gestores e nas bases de dados dos responsáveis de risco (Institute of Medicine, 2000; Pohl et al., 2013; Reis, Martins & Laguardia, 2012; Shekelle et al., 2013).

A nível governamental, países como os EUA, o Reino Unido, França, a Holanda, os países escandinavos, entre outros, iniciaram ações sob denominadores comuns: manter, desenvolver e criar agências especializadas que estudam medidas para implementar um sistema nacional (voluntário) de notificação de eventos adversos; promover uma cultura de aprendizagem, em vez de uma cultura de culpabilização; fazer a análise da raiz dos problemas; reforçar o envolvimento de todos e a liderança. Deste grupo, destaca-se a Dinamarca, que em 2003 se tornou o primeiro país no mundo a aprovar legislação sobre segurança do doente no sistema nacional de saúde e a promover a obrigatoriedade da comunicação de eventos adversos sem ação disciplinar e/ou judicial para o profissional, independentemente da compensação a que o doente tenha direito (Álvares, 2005; Sousa, 2006). A partir daquele momento, os relatórios passaram a refletir a necessidade de cuidados mais seguros de uma avaliação de práticas numa perspetiva clínica e económica, bem como a transmitir soluções inovadoras para minimizar as falhas e convencer os decisores (Sousa et al., 2010; Vincent, 2010).

Crucial também foi o papel da OMS, que relançou o debate e definiu uma estratégia global sobre segurança do doente. No seguimento desta, nomeou comissões centradas na identificação de situações de risco e na elaboração de soluções de prevenção, na melhoria da articulação e no recurso a diversos agentes na redução de danos que conduzam as organizações a cuidados de saúde de excelência, baseados em factos. (Sousa, 2006; OMS, 2003)

Com base na estratégia global da OMS, houve agências e organismos preocupados em desenvolver planos de ação com atividades, estratégias e medidas legislativas sobre segurança. Em destaque, *An Organization with a Memory*, no Reino Unido, na Comissão Europeia; e, nos EUA, a Agency for Healthcare Research and Quality, o Institute of Health Improvement, a Joint Commission International e a World Alliance for Patient Safety. (Ribas, 2010; Santos et al., 2010; Sousa, 2006)

A Joint Commission International foi criada pela OMS em 2005 com a missão de identificar problemas e desafios à segurança do doente, assim como estudar soluções promissoras através do *feedback* e da colaboração de profissionais de saúde de mais de 100 países — partindo de grupos de especialistas e outros envolvidos nos cuidados de saúde (sobretudo a comunidade não profissional). Produziu um conjunto de sete programas: soluções; investigação; notificação; aprendizagem; taxonomia; doentes; e uniformização em segurança do doente. Desenvolveu outros documentos, especialmente sobre a higienização das mãos e a cirurgia segura (Joint Commission International, 2007). Outro documento importante da Joint Commission International é o *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions*, anualmente atualizado no National Patient Safety Goals, resumindo o onde, o como e o porquê do evento adverso na saúde. (Fragata, 2010; Joint Commission International, 2007; Santos et al., 2010)

A World Alliance for Patient Safety foi criada em 2004 também pela OMS com base no pressuposto de que, no futuro, uma má experiência com um doente num determinado local pode vir a ser fonte de aprendizagem e prevenção noutros locais, difundindo soluções de sucesso com aplicabilidade mundial, sustentadas numa replicação de práticas e políticas de segurança do doente. Um importante projeto difundido é *The Global Patient Safety Challenge*, constituído pelos programas: um atendimento limpo é mais seguro; a cirurgia segura salva vidas; os doentes devem participar na segurança do doente; a classificação internacional de classificação de eventos para a segurança do doente; a pesquisa sobre segurança do doente; soluções para a segurança do doente; relatórios e aprendizagem; tecnologia e educação; segurança do doente na doença aguda e hospitais exemplares. (Aguiar, 2010)

Ainda assim, apesar de alguma evolução, muito está ainda por fazer. Os estudos internacionais indicam que quase 10 % dos doentes que vão ao hospital sofrem um evento adverso em resultado dos cuidados de saúde, usualmente pelo uso desadequado da medicação, por infeções, por complicações perioperatórias, sobretudo situações evitáveis e/ou preveníveis, em 50 % dos casos (Vincent, 2010). Nos EUA, a segurança do doente é uma prioridade nacional, pois a cada ano surgem mais entre 44 % a 98 % de eventos adversos (Reis et al., 2012).

No Brasil, 5 % dos doentes admitidos nos hospitais têm possibilidade de contrair uma infeção; em três hospitais do Rio de Janeiro, soube-se que 7,5 % dos doentes atendidos são expostos a um evento adverso evitável em 67 % dos casos. (Gouvêa & Travassos, 2010)

Em Portugal, o MS destacou tanto a necessidade de serviços mais seguros como a escassez de dados disponíveis. Contudo, se hipoteticamente se considerar que os hospitais portugueses têm a mesma fiabilidade dos congéneres americanos, estimam-se entre 1300 a 2900 mortes anuais por erro do profissional de saúde. (Madeira, 2012; Mendes & Barroso, 2014; Ribas, 2010; Sousa, 2006)

Uma das formas possíveis de se analisar o tema da segurança do doente está associada à inovação em saúde, que põe o doente e a família no centro da questão, reinventando o sistema de saúde — e a própria lógica de investigação, a ser perspetivada em aspetos de cidadania e de ganhos em saúde. Com a crescente consciencialização do doente enquanto *stakeholder* do sistema de saúde, foi progressiva a evolução do papel daquele para o de cliente, com nítidos efeitos sobre a informação (inúmeras fontes informação disponíveis), decisão e pressão na solução para problemas que possam afetar o diagnóstico e o tratamento — mesmo que o derradeiro decisor ainda seja o médico. Sobre o assunto, o Conselho da União Europeia sugere que o doente deve ser informado e ativamente integrado na equipa, assim como corresponsabilizado pela saúde e pelo controlo da evolução da doença (Iglesia et al., 2014; Lovaglio, 2009; OPSS, 2013; Sousa et al., 2010). Estrategicamente, o PNS indica que a capacitação deve ser feita mediante a literacia, a autonomia, a responsabilização pela saúde e um papel mais interventivo no sistema de saúde, com a máxima responsabilidade e autonomia individuais *versus* coletivas — empoderamento que facilita a consciência das ações promotoras de saúde e dos custos em que o sistema de saúde incorre (Carrondo, 2014; Machado, 2014; MS, 2012, 2015). A título de exemplo, sabe-se que, relativamente ao doente crónico, cerca de 85 % das situações podem ser resolvidas em autogestão se o doente tiver literacia (informação e conhecimento da doença) dos sinais de agudização ou descompensação e cumprir os preceitos da adesão terapêutica. Dos restantes doentes, só entre 5 a 10 % precisam de cuidados hospitalares; e 5 %, de cuidados sofisticados (Carrondo, 2014; Machado, 2014). Este é um desafio que, na perspetiva de Campos (2015), está em fase prematura, uma vez que os clínicos se julgam "fiéis depositários" da saúde do doente, embora por toda a Europa se afirme o direito de o doente deter maior acesso ao processo clínico (Carrondo, 2014; Machado, 2014; MS, 2012, 2015).

Sintetizando, deve envolver-se e corresponsabilizar-se o beneficiário de cuidados e o cuidador / a família (na medida das suas possibilidades) na elaboração do plano de cuidados,

de forma compartilhada, clara, objetiva e respeitosa, atendendo às necessidades do primeiro. Os familiares e cuidadores precisam de estar alinhados com a proposta terapêutica e aptos a realizar alguns procedimentos rotineiros — disso exemplo, o manuseio de equipamentos necessários ao cuidado de continuidade e de qualidade (MS, 2016). Ou seja, a inovação, sobretudo nos Cuidados de Saúde Primários (que incluem o domicílio), trouxe inúmeros benefícios para o doente e a sua família; contudo, também trouxe novos riscos, pois, em todas as suas formas, os cuidados de saúde nos CSP têm um fator negocial mais presente, com base nas preferências e valores da pessoa, que pode aceitar ou não o que lhe é proposto (Machado, 2014; MS, 2012, 2015). E, visto que no contexto domiciliário tanto o doente como os cuidadores são mais autónomos, e que, na sua maioria, as atividades são desenvolvidas sem a presença de profissionais de saúde, importa dar uma atenção redobrada ao local. É uma questão problemática, porque este pode potenciar *stress* e está sujeito tanto a condições socioeconómicas como a situações de omissão de cuidado — pois são longos os períodos de tempo em que a ausência de monitorização do profissional de saúde é total (Vincent & Amalberti, 2016). Ou seja, melhoraram-se os cuidados de saúde em todo o mundo, o que veio permitir que a população envelheça no domicílio, com doenças que anteriormente seriam fatais agora sob controlo; ainda assim, a inovação nos cuidados de saúde trouxe também novos riscos, entendendo-se doente e respetivos cuidadores não como vítimas de eventos adversos mas sim como colaboradores na segurança dos cuidados (Machado, 2014; MS, 2012, 2015; Vincent & Amalberti, 2016). A medicina, que antes era simples, pouco efetiva e relativamente segura, passou agora a ser complexa, efetiva e potencialmente perigosa (Chantler, 1999). A crescente complexidade dos cuidados de saúde associada a uma maior vulnerabilidade do doente trouxe dificuldades de segurança acrescidas às organizações, valorizando-se mais a investigação (Baines, Langelaan, Bruijne, Spreeuwenberg & Wagner, 2015; Despacho n.º 1400-A, 2015; Lage, 2010; Mendes & Barroso, 2014; Sousa et al., 2009, 2010).

Outra perspetiva observa o tema à luz da perspetiva de diferentes níveis de cuidado (primários, secundários ou hospitalares e continuados). A partir do momento em que se reconhece que a segurança do doente é um problema de saúde pública, devem encetar-se esforços no sentido de perceber a natureza, a magnitude e a diferença do evento adverso nos diferentes níveis de cuidados de saúde — todos com necessidades específicas de segurança. Apesar disso, os estudos foram na sua maioria direcionados para os cuidados hospitalares, principalmente pela facilidade de acesso ao doente internado. Isto não significa que o doente num Centro de Saúde não apresente problemas de segurança: aquele apresenta-os visivelmente (Fernald et al., 2004; Gaal, Hombergh, Verstappen & Wensing, 2010 a; Vincent & Amalberti,

2016; Wallis & Dovey, 2011). Manifestamente, o conhecimento mais extenso sobre a segurança do doente no hospital deve-se a alguns aspetos associados ao local, especialmente:

- Procedimentos que envolvem maior risco (cirurgias de várias especialidades e diversos graus de complexidade, situações com longos períodos de internamento, multiplicidade de procedimentos ao mesmo doente pela parte de diferentes profissionais de saúde);
- Grandes volume, diversidade e especificidade de cuidados prestados;
- Situações com gravidade (doentes agudos em contexto de urgência ou emergência);
- Sistemas de informação que permitem a recolha e sistematização da informação;
- Complexidade intrínseca. (Faria, 2010; Ribas, 2010; Sousa et al., 2010)

Analisando alguns estudos sobre a realidade hospitalar, soube-se que nos blocos operatórios de onze hospitais centrais da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) existe uma aposta na aprendizagem e formação em serviço. Admite-se que a segurança e a cultura de segurança sejam essenciais, apesar de terem sido encontrados alguns aspetos que inviabilizam a prevenção eficaz — nomeadamente uma cultura de punição do evento adverso, uma grave lacuna relativamente ao *feedback* dado pelos líderes e o insuficiente envolvimento da gestão de topo na segurança (Madeira, 2012). Um outro estudo, agora em Espanha, concluiu que os hospitais ainda têm um longo caminho a percorrer até alcançarem a real segurança do doente, apesar de haver um entendimento satisfatório sobre o tema e uma atitude visivelmente proativa (departamentos, serviços e administração), bem como serviços e grupos profissionais com perceções positivas da cultura de segurança do doente. Entre estes, surgem em particular o grupo de farmácia, o serviço cirúrgico e os enfermeiros — grupos profissionais que podem naturalmente desempenhar um papel de referência para os restantes (Aranaz-Andrés, 2013; El-Jardali, Dimassi, Jamal, Jaafar & Hemadh, 2011).

Ou seja, embora seja necessário melhorar a segurança do doente em todos os níveis de cuidado, é preciso atentar especialmente aos CSP. Uma vez que os cuidados de saúde realizados nos CSP até podem gerar mais eventos adversos (particularmente na comunidade) do que os cuidados hospitalares, é crucial uma nova visão e abordagem à segurança do doente naqueles (Vincent & Amalberti, 2016).

Esta realidade é em grande medida atribuível ao facto de boa parte da responsabilidade dos cuidados de saúde hospitalares ter passado para os CSP (incluindo a intervenção domiciliária). Esta foi uma transferência de foco que invariavelmente trará à gestão dos cuidados a longos períodos de tempo, em muitos locais, uma maior necessidade de coordenação eficaz entre as organizações de saúde, sobretudo nos pontos de transição, por forma a evitar os

riscos e a complexidade. Por isso mesmo, o cuidado de saúde tem de se desenvolver e adaptar, transferindo o foco no cuidado de alta qualidade em hospitais para um cuidado centrado na trajetória do doente ao longo dos anos, ou até mesmo durante a vida inteira, o ciclo de vida. Isto virá invariavelmente a alterar modelos, ferramentas e estratégias de intervenção em segurança do doente, que devem evoluir de modo correspondente (Vincent & Amalberti, 2016).

Também se prevê um aumento de interações nos CSP (na comunidade), mediante envelhecimento e diminuição da população mundial, o que em Portugal não é exceção, (Instituto Nacional de Estatística 2014; OPSS, 2017). Concretamente, em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), a população residente tenderá a diminuir (num cenário central) de aproximadamente dez milhões para oito milhões de pessoas entre 2012 e 2060. Além do declínio populacional, esperam-se alterações da estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico (INE, 2014). Assim, entre 2012 e 2060, prevê-se que o índice de envelhecimento aumente de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens. No mesmo período e cenário, o índice de sustentabilidade potencial passará de 340 para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos (INE, 2014).

Nos cuidados terciários (Cuidados Continuados Integrados), a investigação, de um modo geral, e um pouco por todo o mundo, tem sido residual (à exceção do investimento feito nos países nórdicos, que sempre dedicaram atenção ao tema) comparativamente a outros níveis de cuidado — sobretudo os cuidados hospitalares, ainda assim em expansão (American Medical Association, 2011; OPSS, 2016; 2017).

Ou seja, os CSP passarão a constituir-se como um importante contexto de cuidados de saúde (sobretudo no domicílio); e, pela enorme variedade de pessoas e complexidade dos casos, bem como pelas complicações imprevistas, será um foco de atendimento em saúde que requererá um grande número de adaptações a cada dado momento (Amalberti & Vincent 2016; Ribas, 2010). Além disso, seja como se preconiza — que parte do acompanhamento ao doente se fará nos CSP (o que ainda não acontece) —, certamente o número de interações ainda será maior, o que incrementará o esforço de articulação e integração entre níveis de cuidado (primários, hospitalares, continuados) e exigirá uma maior organização intra-hospitalar (Machado, 2014; MS, 2012, 2015).

Considerando o domicílio como *locus* privilegiado de se “fazer saúde”, deverá melhorar-se a investigação sobre o contexto, uma vez que há necessidade de se traçarem estratégias diferenciadas para garantir a segurança do doente no local. Ao estabelecer o *locus* de agência no domicílio do doente, o profissional deve respeitar o modo de vida, os hábitos e as rotinas daquele e deve agir de acordo com os limites estabelecidos, entendendo que não é o único a

conhecer as necessidades partilhadas em cada dado momento (Amalberti & Vincent, 2016; MS, 2016; OPSS, 2017).

Outra forma de observar o tema da segurança do doente é aquela que considera o nível de desenvolvimento do país (em desenvolvimento, com economia de transição ou desenvolvido). Contrariamente ao esperado, nos países desenvolvidos existe falta de informação em inúmeras áreas, e o risco de eventos adversos é superior relativamente a países em desenvolvimento — disso exemplo, o risco de queda a que os idosos estão sujeitos nos hospitais (Liu et al., 2014). Outro exemplo é relativo ao que acontece fora do hospital a grupos vulneráveis, como os doentes crónicos ou os idosos em risco de desenvolver úlceras de pressão (Jha et al., 2010; Sousa et al., 2010). Também se soube que as mortes infantis e as mortes na gravidez ou no parto são uma verdadeira preocupação mundial, estimadas em 7 500 000, das quais 600 000 ocorrem em países em desenvolvimento e desenvolvidos. Estas são mortes que ocorrem por falta de acesso a cuidados, mas também por cuidados de saúde inseguros (Jha et al., 2010; El-Jardali et al., 2011).

Segundo Maamoun (2009), a segurança do doente sustenta-se em quatro pilares, designados pelos quatro Cs¹, apoiados em três atividades fundamentais: engenharia de fatores humanos; comunicação eficaz; educação das equipas para a segurança do doente.

Em Portugal, e independentemente da perspetiva usada pelas organizações para observar a segurança do doente, o documento que a enquadra na saúde é atualmente o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) — um documento fundamental e uniformizador que, a partir de 2015, trouxe um novo fôlego estratégico à formação e à investigação sobre segurança do doente (Despacho n.º 1400-A, 2015). Veio reforçar o papel das Comissões da Qualidade e Segurança na rede de prestação de cuidados de saúde ao favorecer ações transversais e integradas da cultura de segurança em todos os níveis de prestação de cuidado e ao se alicerçar em planos de ação anuais, efetivos entre 2015 e 2020 (Despacho n.º 3635, 2015; Despacho n.º 1400-A, 2015; MS, 2015).

O documento estrutura-se em nove objetivos estratégicos, que se analisam sumariamente:

1. *Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno* — A OMS, o Conselho da União Europeia recomenda aos Estados-membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição, para incorporar os melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam. A cultura de segurança de uma instituição

¹ «*changing the culture of safety, collecting the data through incident reporting systems, calculating the risk to patients, and clinical audits*»

de saúde, além de um estilo e de uma competência de gestão, é um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, perceções e padrões de comportamento, já que uma instituição de saúde é influenciada conjuntamente pelos utentes e profissionais, agentes e destinatários da mudança da própria cultura de segurança;

2. *Aumentar a segurança da comunicação* — A comunicação é o pilar fundamental nas transferências, transições de turno ou altas. Nestes momentos, devem ser implementados procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada entre os profissionais de saúde. As tecnologias de informação e comunicação desempenham uma função estruturante, tal como as comissões da qualidade e segurança, promotoras da partilha interprofissional e interinstitucional. O doente também deve contribuir para uma melhor comunicação nos cuidados de saúde que lhe são prestados, tomando opções informadas, baseadas em informação que seja simples, objetiva e decodificada — pois é aceitável apenas a informação acessível a qualquer profissional de saúde ou cidadão e que não viole a vida privada e os dados clínicos protegidos por lei;

3. *Aumentar a segurança cirúrgica* — Sendo o bloco operatório complexo, a OMS estima que pelo menos metade dos incidentes ocorrem durante o ato cirúrgico. Por isso, deve fazer-se uma identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico, implementar práticas anestésicas universalmente aceites, prevenir a infeção do local cirúrgico e melhorar o trabalho em equipa e a comunicação. A OMS identificou dez objetivos básicos para a segurança cirúrgica, exequíveis pela adoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e à saída da sala de operações;

4. *Aumentar a segurança na utilização da medicação* — A toma de medicamentos prescritos pelo médico ou em automedicação é comum e está associada a um elevado número de incidentes. A polimedicação também é frequente, resultante da elevada prevalência do envelhecimento populacional e da multimorbilidade. Devem ser adotadas boas práticas na validação ou dupla-validação de procedimentos, envolvendo o cidadão na utilização; assegurando a reconciliação da terapêutica nas transições de cuidados; reduzindo a omissão, duplicação ou incorreta prescrição; revendo a lista completa da medicação do doente (denominação, dose, frequência, via de administração). Os sistemas de informação facilitam a reconciliação terapêutica. Devem implementar-se estratégias no uso seguro dos medicamentos de alto risco (com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, medicamentos *look-alike* e *sound-alike*, ou LASA), com a potencialidade de causarem danos graves ou até mesmo fatais ao doente;

5. *Assegurar a identificação inequívoca dos doentes* — O elevado número de doentes e de profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde, bem como a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, urgência ou emergência, potenciam incidentes relacionados com a identificação dos doentes. Nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identidade dos doentes deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, do nome, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo prática segura o recurso a pelo menos dois destes dados. A identificação inequívoca do doente deve sempre ocorrer antes de qualquer intervenção, no diagnóstico, no tratamento ou na prestação de serviços de apoio. Deve ser verificada a correta correspondência do doente com a rotulagem de medicamentos, recipientes e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, recorrendo a sistemas com códigos de barras ou pulseiras de identificação de doentes (passagem turno, transferência ou alta) — e dever-se-ão notificar os incidentes que ocorrerem;

6. *Prevenir a ocorrência de quedas* — O impacto é enorme, tendo implicações financeiras nos serviços de saúde. As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo e têm prevalência na população idosa. São causa de morbilidade ou mortalidade, bem como de internamento hospitalar. Quanto mais fatores de risco uma pessoa tiver, maior é o risco de queda, o que se acentua com o envelhecimento. A prevenção deve incluir a avaliação dos fatores de risco multifatoriais; a comunicação; a educação; a implementação de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional; e a execução de intervenções individualizadas, cruciais à transferência do doente dentro do próprio serviço, de outra instituição ou da sua residência. A avaliação e a educação sobre ações/estratégias a implementar devem ser comunicadas à pessoa, à família e à equipa de saúde;

7. *Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão* — As úlceras de pressão e as feridas crónicas causam sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida do doente e dos cuidadores e podem resultar na morte. Têm impacto na qualidade de vida das pessoas e estão na origem do aumento de dias de internamento e readmissões hospitalares, como tal criando encargos para os serviços de saúde. Apesar de a evidência internacional indicar que cerca de 95 % das úlceras de pressão são evitáveis, a utilização dessas práticas não é sistemática. A prevenção daquelas é um desafio organizacional e requer uma abordagem interdisciplinar — uma cultura organizacional que promova o trabalho em equipa e a comunicação eficaz — que, assente num plano, se adapte ao risco específico de cada doente. A identificação de fatores de risco passa por utilizar com regularidade instrumentos de avaliação

recomendados, escalas de Braden e Norton (admissão, estadia e alta) com registo no processo clínico;

8. *Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes* — O desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas de reclamação e/ou disciplinares, promovem não só a aprendizagem em sequência dos eventos mas também melhorias, garantindo o anonimato do do notificador. A notificação de incidentes é considerada uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades da organização, bem como a que melhor viabiliza a aprendizagem. Ainda assim, a subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo crucial dar informação de retorno ao notificador sobre a análise e as medidas corretivas e públicas, mediante a transparência dos serviços de saúde e a confiança que estes inspiram. É crucial o apoio de dirigentes na aprendizagem organizacional e prevenção. Em Portugal, existe o sistema de notificação de incidentes Notific@. Outras estratégias: reuniões com profissionais, doentes e familiares; análise de registos clínicos; auditorias internas e alertas de segurança;

9. *Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos* — Cresce mundialmente a resistência aos antimicrobianos, existindo bactérias suscetíveis a poucos antibióticos e, como tal, pela ineficácia do antibiótico, causadoras de infeções com tratamento extremamente difícil. Por isso, deve reduzir-se a pressão antibiótica e a duração da terapêutica ao mínimo necessário para curar a infeção e evitar a recidiva. Em Portugal, existe um consumo excessivo de antibióticos, devendo reduzir-se a taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, diminuir a taxa de microrganismos com resistências, melhorar o uso de antimicrobianos (dando educação ao profissional e ao cidadão), fazendo vigilância epidemiológica a infeções e normalizando estruturas, procedimentos e práticas. (Despacho n.º 1400-A, 2015; Vincent & Amalberti, 2016)

As referidas Comissões da Qualidade e Segurança devem desenvolver as suas atividades na promoção, monitorização, facilitação e integração de todas as atividades previstas no plano de ação anual, e também devem ter um regulamento próprio, aprovado pelo conselho de administração ou conselho clínico, podendo ter subcomissões; mas devem abranger todas as atividades relacionadas com a qualidade e segurança. Devem articular-se as hospitalares com as dos CSP (Despacho n.º 3635, 2013). Tem uma composição multiprofissional, é presidida por um profissional de mérito reconhecido; o presidente da comissão responsável pelo controlo das infeções associadas a cuidados de saúde deve pertencer àquela, devendo a sua atividade enquadrar-se no plano de ação; as atividades desenvolvidas pelos gabinetes do utente e do

cidadão estão igualmente enquadradas por esta comissão; esta comissão está na dependência direta do conselho de administração ou conselho clínico (Despacho n.º 3635, 2013).

Ou seja, e tendo por base o PNSD, Portugal deve centrar-se sobretudo numa política ativa de segurança e de prevenção, evitando focar-se apenas em prevenir ações em tribunal, já que prevenir é sempre mais vantajoso, tanto metodológica como financeiramente. Não existe uma tradição nem um número notável de casos de responsabilidade civil e penal por danos decorrentes de cuidados de saúde que tenham seguimento em tribunal, e raras são as condenações de profissionais de saúde; logo, a gestão do risco e a prevenção devem centrar-se no aumento da segurança do doente, minorando o risco de evento adverso. Além disso, pela conjuntura nacional, a promoção da segurança do doente nos cuidados de saúde em Portugal é uma prioridade ainda maior: apesar da escassez de dados disponíveis, é sabido que, para lá dos custos pessoais, os eventos adversos incentivam gastos económicos. Como tal, constituindo-se como um problema de saúde pública que gera um forte despesismo e desperdício, não favorecem a conjuntura de recursos limitados (OPSS, 2015, 2017; Ornelas, 2014). Assim, a prevenção dos eventos adversos não só facilita que Portugal não perca o comboio do mercado da saúde como também favorece o alinhamento do país com a conjuntura europeia, tendo como horizonte o programa Health 2020 (MS, 2016; Sousa, 2006).

Para isso, Portugal pode beneficiar com a experiência comprovada na prevenção de eventos adversos de países como os EUA, sobretudo em aspetos já testados na gestão do risco em unidades de saúde — reforçando a responsabilização, a prevenção, os deveres (avaliar idoneamente as credenciais e qualidade profissional), controlando a qualidade dos cuidados e serviços, velando pela segurança do doente. Por isso, é crucial que se possa:

1. Dar voz ao doente, aceitando o princípio de que o doente tem sempre razão sobre o seu corpo até prova em contrário;
2. Dar importância ao defensor do doente, para que aquele o proteja e represente;
3. Tornar públicos os relatórios de ocorrência de erros ou situações anómalas, obrigatórios por lei, educando os profissionais nesse sentido, protegendo-os de represálias pela notificação e mediante relatórios de melhoria e correção de falhas;
4. Melhorar as tecnologias de informação, não negligenciando outros objetivos, já que aquelas não são sinónimo de absoluta segurança na prestação de cuidados de saúde (Faria, 2010).

Nítidamente, devem mobilizar-se recursos humanos, técnicos e financeiros que apostem na formação e na investigação multidisciplinar em segurança do doente, a ser incluída nos currícula dos primeiros ciclos de estudo de Medicina, Medicina Dentária, Enfermagem,

Tecnologias da Saúde e Ciências Farmacêuticas, entre outros, e nos currícula de cursos de segundo e terceiro ciclos (unidades curriculares e tema de teses). Deve desencadear-se uma melhor articulação entre o ensino superior e os serviços de saúde, potenciando a investigação e a transferência do conhecimento (Faria & Moreira, 2009).

Em suma, a segurança na saúde é um princípio básico e um requisito para a qualidade do cuidado de organizações de saúde que pretendam para transmitir uma imagem de fiabilidade. Uma vez que se sabe mais do que aquilo que se aplica, muito pela ausência de uma cultura de medição, de publicitação e de esclarecimento baseada na evidência, aquelas devem melhorar cada vez mais a segurança do doente. E, para sistematizar o conceito de segurança do doente, no domínio da qualidade na saúde (uma área a dar os primeiros passos para tal), é essencial esclarecer os conceitos-chave que lhe estão associados, sobretudo: doença; doente; segurança; segurança do doente; quase evento; incidente; evento adverso (Despacho n.º 14223, 2009, n.º 5613, 2015; Eco, 2008; Institute of Medicine, 2001; Liu et al., 2014; Mendes & Barroso, 2014; MS, 2015; WHO, 2017).

2.2.2 Sistematização de Conceitos-chave em Segurança do Doente

De acordo com Manuila, Manuila, Lewalle, Nicoulin & Papo (2004), a doença é uma qualquer alteração do estado de saúde, mais precisamente um conjunto de sinais e de sintomas anormais relacionados com perturbações funcionais ou lesões, em geral devidos a causas internas ou externas, bem conhecidas na sua maioria.

A *International Classification for Patient Safety*, emanada pela OMS em 2008 e traduzida pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2011, é uma estrutura concetual internacional que veio facilitar o entendimento sobre segurança do doente em diferentes países e setores da saúde. Foi concebida com o objetivo de fazer convergir as perceções internacionais dos principais problemas relacionados com segurança do doente e simplificar a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação da informação; de conferir um entendimento razoável da ampla gama de conceitos sobre segurança do doente com os quais as classificações regionais e nacionais possam identificar-se e melhorar os cuidados (World Health Organization, 2009; Direção-Geral da Saúde, 2011).

De acordo com a *International Classification for Patient Safety*, o doente é a “pessoa que recebe os cuidados de saúde, serviços para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde (...) designa-se doente ao invés de utente ou consumidor, apesar de se reconhecer que uma grávida saudável ou uma criança não podem ser considerados ou considerarem-se doentes” (DGS, 2011, p. 7).

Na perspetiva da ENQS, o cidadão é o protagonista dos serviços de saúde, que integra como doente, utilizador e proprietário. Aquela reconhece-lhe o direito à participação nas decisões que lhe dizem respeito e à informação sobre potenciais riscos e benefícios de cada procedimento, que pode aceitar ou recusar, após devidamente informado. Em Portugal, é competência do Departamento da Qualidade na Saúde difundir a nova dinâmica do conceito de doente e de cuidador (Faria & Moreira, 2009).

Diferentemente das dimensões tradicionais de qualidade, centradas em fazer o que é certo na hora certa para alcançar níveis máximos de benefício e satisfação ao doente, a segurança foca-se na ausência do evento decorrente dos cuidados de saúde. Ou seja, além de estudar os eventos adversos, estuda também as falhas nos cuidados de saúde que, embora não os tenham causado, teriam podido ou poderão vir a provocá-los (ANVS, 2017).

A segurança do doente é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde até um mínimo aceitável (suportado na noção coletiva, no conhecimento atual e nos recursos disponíveis) no contexto em que são prestados — em oposição ao risco de um não-tratamento ou um tratamento alternativo. (DGS, 2011) A noção de mínimo aceitável procede da consideração de que, pela complexidade de procedimentos e tratamentos, o potencial de um evento adverso é particularmente real (Conselho Regional de Enfermagem, 2010).

Segundo Vincent (2010), a segurança do doente é referida como a prevenção do progresso de resultados adversos ou lesões resultantes de cuidados de saúde; é uma dimensão mais crítica e decisiva para os doentes.

Na perspetiva da OMS, considera-se que a segurança do doente passa por construir um sistema confiável de cuidados de saúde que, por um lado, minimize a incidência e o impacto de eventos adversos e que, por outro, maximize a recuperação do doente. Em matéria de segurança do doente, observa-se quem trabalha nos cuidados de saúde; quem recebe cuidados de saúde ou está neles envolvido; a infraestrutura de intervenção; e os métodos de *feedback* e melhoria contínua (WHO, 2017).

Em suma, e de acordo com Pisco (2016), a segurança do doente significa evitar que cuidados destinados ao auxílio prejudiquem os sujeitos — um interesse que claramente não é novo na saúde. Um cuidado inseguro expressa-se pelo aumento do risco de danos desnecessários ao doente, que podem ter um impacto muito negativo nos resultados do cuidado de saúde (Donabedian, 1990).

Por isso, é crucial que se entendam os tipos de incidentes que podem ocorrer ou normalmente ocorrem nos cuidados de saúde. Em síntese: quase evento, incidente e evento

adverso. As falhas latentes no sistema que provocam os quase eventos (*near miss*) e os incidentes (eventos sem dano) são as mesmas que estão na origem do evento adverso, o que, como tal, torna essencial a compreensão do que é devido a cada um (DGS, 2012).

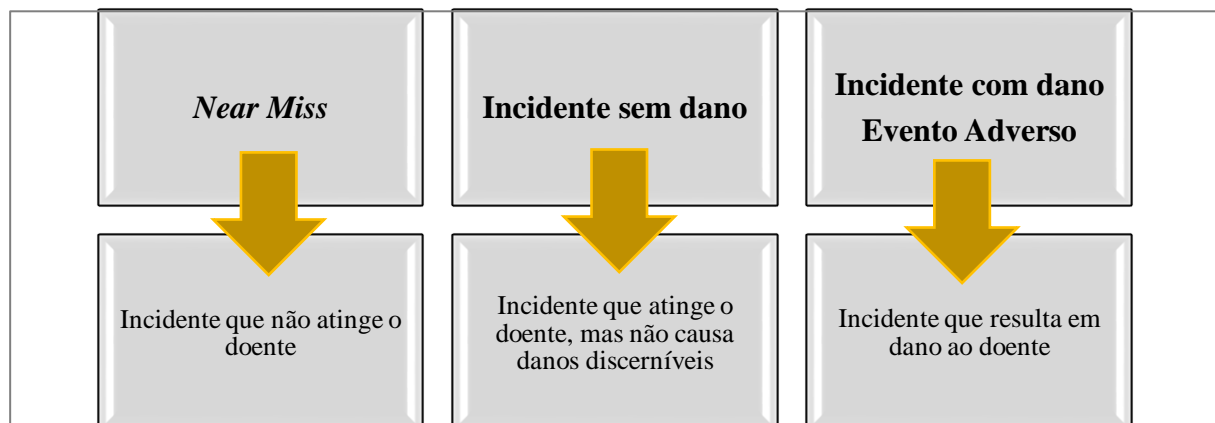
Os quase eventos, ou *near miss*, são incidentes que não atingem o doente. A importância do *near miss* reside na frequência e na oportunidade de aprendizagem, à parte a culpa associada ao evento adverso (Fragata, 2010; DGS, 2012).

O incidente é um evento que alcança o doente e não resulta em dano, ou em virtude do qual não surgem danos discerníveis (Fragata, 2010; DGS, 2012).

O evento adverso é um incidente relacionado com a prestação de cuidados — e não com uma doença ou lesão — e está associado à prestação de cuidados de saúde. Para o definir, usualmente utiliza-se o termo "erro", que contém um sentido de culpa e provavelmente uma implicação legal. Apesar de frequente, este é entendido como redutor e desatualizado. Como tal, desprovido daquela conotação negativa, opta-se preferencialmente por "evento adverso" (DGS, 2012; 2014), termo a que doravante se recorrerá. (Bate et al., 2008; DGS, 2012; Faria, 2010; McDonald et al., 2013; Ribas, 2010; Sousa et al., 2009; Yaphe, 2012 b)

O esquema três agrupa a informação supracitada (ver Esquema 3).

Esquema 3 — Síntese do tipo de incidentes relacionados com os cuidados de saúde



Fonte: Adaptado de AVNS (2017).

Contudo, existindo eventos adversos, estes devem ser uma oportunidade de aprendizagem. É este o seguinte tema em análise (ANVS, 2017; Fragata, 2010; Ribas, 2010)

2.2.3 O Evento Adverso

Todos os sistemas humanos, dos mais simples aos mais complexos, nas mais diversas áreas, estão sujeitos a eventos adversos — o que não difere no âmbito da saúde. Para que se entendam e previnam, é necessário não só reconhecer que aconteceu como também, antes de

tal, dar conta de ter acontecido, recorrendo a mecanismos de identificação, compreensão e notificação. Estes devem suportar-se numa cultura que valorize a aprendizagem, em detrimento de uma que valorize a punição e a culpa. Ou seja: nas organizações com elevada fiabilidade, deve existir uma preocupação na falha, uma vez que a ocorrência reiterada do evento adverso é ponto assente — tendo efeitos na reputação dos serviços e tendo repercussões que podem ser humanas, emocionais ou físicas. (Despacho nº 1400-A, 2015; Fragata, 2010; Hoffman et al., 2008; Kalra et al., 2013; Reason, 1990; World Health Organization News, 2008)

Sobre o assunto, conhecem-se diferentes formas de o analisar, já que alguns investigadores fazem distinção entre erro (envolve em si mesmo um erro) e dano (impacto negativo), termos estes que alguns autores usam indiferenciadamente (Kalra et al., 2013; The Health Foundation, 2011). Ainda assim, é consensual que um evento adverso seja um desvio de método envolvendo a indução de danos — maiores ou menores, transitórios ou definitivos (Fragata, 2010; Mendes & Barroso, 2014).

De acordo com Fragata (2010), o evento adverso é uma falha na realização de uma ação planeada, ou um plano errado para atingir um objetivo, quando se atua razoavelmente segundo as regras. Aqui se delimita a diferença entre erro honesto — profissionais e organizações que falhem um plano, embora cumpram regras de atuação (a *leges artis* profissional) — e erro por negligência — profissionais e organizações que violem as normas de conduta: um desvio que seja fruto de uma atuação imprudente e em violação das regras. Definir o âmbito de cada um simplificaria o domínio; contudo, seja pela incerteza ou pela indefinição de evento adverso em saúde (um tema incompleto), a fronteira da *leges artis* não é fácil de traçar.

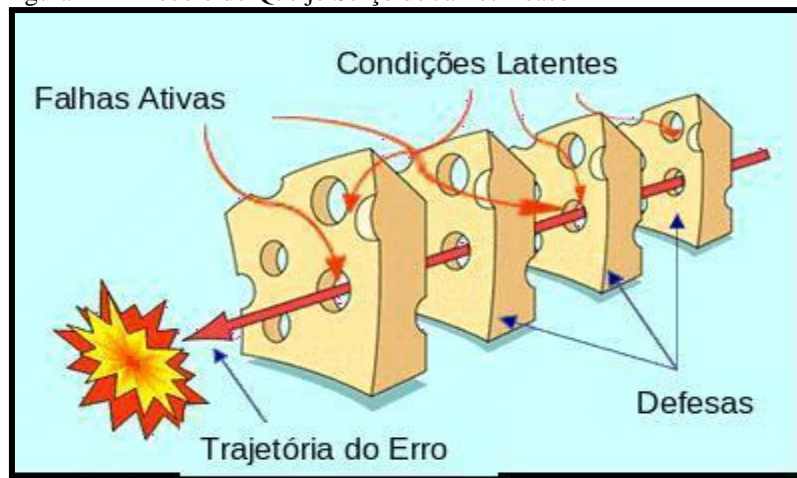
Nitidamente, o evento adverso não tem uma causa única. Este deve-se a um conjunto de fatores humanos e/ou organizacionais resultantes de uma falha de *skills* ou de uma incapacidade de aplicação de regras e conhecimento. Reunindo-se as falhas e as condições ambientais propícias, os desvios na performance alinham-se em lacunas que concorrem para a insegurança, num modelo designado “queijo suíço”. O modelo suporta-se na metáfora que associa as fatias do queijo suíço às barreiras do sistema contra o incidente e os buracos do queijo às fraquezas do sistema — que, quando se alinham, ampliam a vulnerabilidade e a sujeição do sistema à trajetória de prováveis eventos adversos (Reason, 1990).

Esta é uma abordagem sobretudo estratégica, pois 60 % das falhas têm origem humana, e 30 % são causadas pelo sistema. A falha humana é maioritariamente desencadeada por um sistema defeituoso, assente em múltiplos fatores ou falhas em cascata na sua estrutura e/ou seu processo. Como tal, o estudo da raiz de um evento adverso deve seguir uma abordagem integrada. (Elder, Pallerla & Regan, 2006; Fragata, 2010; Reason, 1990) A teoria do queijo

suíço suporta-se numa tríade de elementos, cuja forma os seus autores organizaram: a estrutura — aspetos relativamente estáveis, como os profissionais, instrumentos e recursos ao alcance daqueles, o local e o modelo de organização do trabalho —, o processo — conjunto de atividades que os profissionais realizam ao doente e as respostas destes à decisão diagnóstica, à terapêutica, às ações preventivas — e os resultados — os níveis de saúde, a efetividade, a eficiência, entre outros. (Fragata, 2010; Donabedian, 1990) Ou seja, quer a estrutura quer o processo podem ser condicionados pelo profissional de saúde e pela organização; por sua vez, os resultados são o referencial da efetividade da estrutura e do processo, tendo o doente em consideração (Elder et al., 2006; Fragata, 2010) (ver Figura 1).

A classificação supracitada foi reforçada com aspetos como a satisfação, a centralização de cuidados e a segurança do doente; além disso, teve-se em atenção as dimensões ética e relacional, segundo a maior ou menor confiança da opinião pública e do doente no sistema de saúde e a dimensão dos custos — uma vez que a saúde é um bem escasso e que a resolução das complicações pode representar gastos consideráveis (Donabedian 1990; Fragata, 2010; Sousa, 2006).

Figura 1 — Modelo do Queijo Suíço de James Reason



Fonte: Adaptado de Fragata (2010).

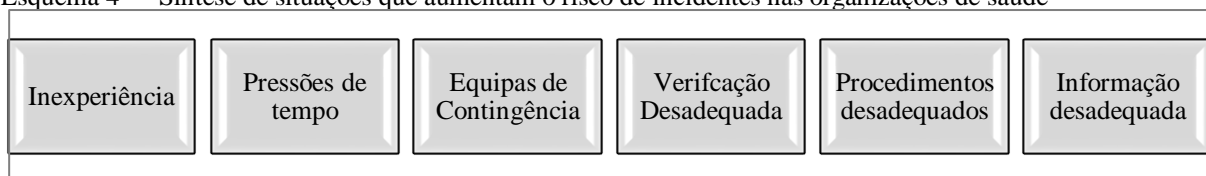
Claramente, a segurança não é automática e depende do compromisso e da competência de todos, vista enquanto meta requerente de atenção constante, pensamento sistemático, medição, estudo intensivo e ação, tanto prospetiva, antes quanto retrospectiva, depois. Aquela depende da assunção de que o prejuízo não intencional sofrido pelo doente é de facto difícil e perturbador. Uma vez que tanto os profissionais de saúde como os doentes estão cientes da seriedade subjacente à presença de insegurança, esta é uma assunção que terá de ser corajosamente abandonada (Liu et al., 2014; Santos et al., 2013).

A questão passa primeiramente por constatar se o evento existiu de facto — embora nalguns casos este seja flagrante (amputação indevida de um membro), noutras a fronteira é ténue. De seguida, importa saber onexo de causalidade — se existe ou não uma sucessão de falhas por detrás de um evento ("fui eu quem causou o dano?"). Em terceiro lugar, deve definir-se o agente *root cause analysis* (individual ou sistémica), já que podem coexistir causas ambientais e motivos emocionais que dificultem a análise (medo, frustração e/ou culpa), entre outros. Também é necessário revelar o evento junto do doente e da família na organização — pois todos desejam saber o que se passou —, tal como um pedido de desculpas e/ou uma manifestação de pena pelo sucedido, que medida(s) será/ão tomada(s) ou considerada(s) — claras obrigações éticas. (Carneiro, 2010; Fragata, 2010; Júnior et al., 2010; Vincent, 2010; Yaphe, 2015)

Por tudo o que foi indicado, compreende-se que nos últimos anos tenham surgido ações no sentido de minimizar falhas nos pontos-chave do sistema, na estrutura e nos processos (acreditação hospitalar) mediante normas incidentes na componente da segurança dos doentes e a uniformização de procedimentos — com conseqüente alteração na organização do trabalho dos profissionais de saúde (protocolos) e com a criação de gabinetes ou departamentos de controlo da infeção hospitalar e gestão do risco. Quanto ao processo, adotaram-se normas de orientação clínica, *guidelines* que preveem a redução do evento e o auxílio na tomada de decisão com base na melhor evidência científica — já que o sistema de prestação de cuidados de saúde, ao combinar aspetos como processo, tecnologia e interação humana (que em conjunto favorecem o evento adverso), é por si só complexo. (Sousa, 2006).

Algumas situações aumentam o risco de incidentes, que podem culminar em eventos adversos, sobretudo: inexperiência; pressões de tempo; equipas de contingência; verificação e procedimentos desadequados; e informação igualmente desadequada (ver Esquema 4).

Esquema 4 — Síntese de situações que aumentam o risco de incidentes nas organizações de saúde



Fonte: Adaptado de Fragata (2010).

Observando algumas das situações que aumentam consideravelmente o risco de um possível evento adverso, percebe-se que é crucial que os profissionais de saúde não realizem um procedimento ou administrem um qualquer tratamento a um doente pela primeira vez sem preparação ou supervisão adequadas por parte de profissionais experientes.

As pressões de tempo levam os profissionais de saúde a atalhar e saltar etapas, o que diminui o tempo dispensado em determinado procedimento ou atividade, incorrendo em riscos superiores — disto é exemplo não lavar corretamente as mãos. (WHO, 2012, 2017)

Geralmente, os membros de possíveis equipas de contingência retiram tempo às equipas principais das unidades de saúde, criando ou podendo criar lacunas na regular prestação diária de cuidados de saúde (WHO, 2012, 2017).

Outro aspeto crucial é ter consciência de que uma verificação desadequada da medicação pode precipitar um sem-número de possíveis eventos — por exemplo, alguém que não verifique corretamente opiáceos poderá implicar ao doente tratamentos ou medicamentos desajustados (WHO, 2012, 2017).

Por sua vez, procedimentos desadequados podem proceder de uma preparação desadequada, tanto por parte do pessoal que possa ser ou estar desajustado a determinado serviço como do que ofereça cuidados desajustados a algum doente. Outra situação de exemplo é a obrigatoriedade da utilização de equipamentos que alguns prestadores de cuidados de saúde não entendem na totalidade. Observar alguém a usar um equipamento e discutir o correto procedimento pode ser uma estratégia bastante educativa. Além dos procedimentos, também a veiculação adequada da informação é decisiva, pois a continuidade de cuidados de saúde e de tratamentos depende do acerto com que cada profissional de saúde indica os detalhes ao doente, em tempo útil e caligrafia legível. Por isso mesmo, já que a desinformação concorre para o evento adverso, o profissional de saúde deve assegurar-se de que a informação é legível, precisa e atualizada (WHO, 2012, 2017).

Em síntese, uma cultura de segurança do doente é decisiva nas organizações de saúde, e será esse o próximo tema em análise (Mendes & Barroso, 2014; Ribas, 2010).

2.2.4 A Cultura de Segurança do Doente

A cultura de segurança do doente (que começou por ser associada ao desastre nuclear de Chernobil) é necessária; se todos a construirmos com passos diários, pode ser uma realidade. (Fragata, 2010; Jacobson, Elwyn, Robling & Jones, 2003; Kalra et al., 2013).

A cultura japonesa reconhece os erros como pérolas e oportunidades de aprendizagem. Pelo contrário, a cultura ocidental olha-os na perspetiva de uma culpabilização pessoal direta. Como tal, o desafio para a segurança do doente do terceiro milénio reside na mudança da cultura organizacional. Tendo em consideração que a análise serena das falhas promove a aprendizagem e minimiza a probabilidade de repetição, aquela deve constituir-se progressivamente como uma cultura de segurança proativa, em detrimento de uma que puna e

oculte factos. Por isso, deverá começar-se por distinguir, por um lado, o que é efetivamente a cultura de segurança do doente e, por outro, o que é um clima de segurança — termos habitualmente confundidos. (Aranaz-Andrés et al., 2008; Bowie, 2010; Brady et al., 2009; Fragata, 2010; Jacobson et al., 2003; Kalra et al., 2013; Liu et al., 2014; MS, 2015; Savassi, 2012; Yaphe, 2014)

A cultura de segurança consiste no produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções, de competências e normas comportamentais, linguagem e costumes, práticas e formas de comunicar, que determina o grau de compromisso com a segurança do doente e a minimização de riscos inerentes ao trabalho (OMS, 2012).

O clima de segurança, por sua vez, corresponde às perceções dos profissionais relativamente às políticas, aos procedimentos e às práticas de segurança: ao estado de segurança do local de trabalho. O clima de segurança é um bom indicador da cultura de segurança de um local (Currie & Watterson, 2010; Sorra et al., 2008).

Implementar a cultura de segurança implica consolidar, elucidar e direcionar todas as características intrínsecas da cultura organizacional para a segurança do doente através de atitudes e comportamentos dos profissionais que favoreçam a aprendizagem, a liderança, a flexibilização e uma melhor comunicação; obtendo respostas globais que envolvam todos os níveis da equipa em soluções com origem em qualquer nível hierárquico, com recursos especificamente alocados para tarefas, notificação e *feedback* permanentes (Brady et al., 2009; Chenot, 2007; Currie & Watterson, 2010; Glendon & Litherland, 2001; Hoffmann & Rohe, 2010; Institute of Medicine, 2004; Lage, 2010; Nieva & Sorra, 2003; Pisco, 2016; Sorra et al., 2008; Vogus et al., 2010; Zohar, 2008).

Ou seja, os profissionais aceitam a responsabilidade pela segurança de si próprios, dos colegas de trabalho, doentes e visitantes; a cultura prioriza a segurança acima de objetivos operacionais; incentiva e recompensa a identificação, comunicação e resolução de questões de segurança; providencia organização com a aprendizagem anterior; fornece recursos, estrutura e responsabilidade para manter a eficácia (OMS, 2012).

De acordo com Kirk et al. (2007), são cinco os níveis de maturidade numa Cultura de Segurança do Doente:

1. Não perder tempo com a gestão do risco, com a Segurança do Doente: determina uma cultura patológica que raramente pondere a segurança do doente e que, quando ocorrem eventos críticos, culpabilize e penalize alguém, não se verificando qualquer aprendizagem com o evento adverso;

2. Levar os riscos a sério e tomar ação sempre que acontece um evento adverso ou um incidente: diz respeito a uma cultura de segurança reativa, na qual a organização se preocupe com a segurança apenas quando ocorrem problemas;

3. Ter sistemas que ajudam a gerir todos os riscos que possam ocorrer: enquadra uma cultura de segurança calculista que cumpra alguns requisitos externos ao serviço, como por exemplo a existência de um departamento de gestão de risco;

4. Estar sempre alerta, a pensar nos riscos que podem surgir: indica uma cultura de segurança proativa na qual vigoram medidas de segurança, independentemente de ter ocorrido ou não algum evento adverso;

5. Gerir o risco é parte integrante de tudo o que se faz: indica a cultura de segurança mais perfeita, aquela que assuma a segurança do doente como uma componente integral do trabalho de toda a organização.

No Reino Unido, a National Patient Safety Agency produziu documentos estratégicos com sugestões no sentido da melhoria da segurança do doente e, naturalmente, da qualidade. De 2004, salienta-se o documento *Seven steps to patient safety — The full reference guide*, uma *checklist* para planear atividades, medir o desempenho e a efetividade das ações adotadas para promover a segurança do doente, pois as organizações de saúde são complexas e precisam de adotar passos com os quais todos se comprometam, a saber:

1. Contruir uma cultura de segurança: estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa;

2. Liderar e apoiar as equipas: estabelecer uma liderança forte e dar apoio às equipas de saúde em torno da segurança do doente por parte de toda a organização;

3. Integrar atividades de gestão do risco: identificar causas e definir ações corretivas e/ou preventivas, envolvendo o departamento de gestão do risco;

4. Promover a notificação: eventos adversos/*near miss* assegurando que profissionais de saúde, facilmente e sem receios, notifiquem, dando enfoque à aprendizagem;

5. Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral, auscultando-os acerca da problemática dos eventos adversos;

6. Aprender e partilhar informação e experiências sobre segurança: aprender e partilhar experiências, encorajar os profissionais de saúde a analisar a raiz dos problemas e as causas subjacentes, no sentido de aprender como e por que razão o incidente ocorreu; difundir a informação acerca das causas; diminuir ou evitar episódios recorrentes;

7. Implementar soluções que previnam situações que provoquem danos nos doentes, através de mudanças na estrutura, nas práticas e processos da organização (Sousa, 2006).

A *checklist* não inviabiliza por si só a ocorrência do evento adverso, mas, ao usá-la, a instituição assegura que os cuidados de saúde que presta são tão seguros quanto possível e que, sempre que seja necessário, se fazem correções no menor espaço de tempo, baseadas na melhor evidência disponível. Também não inviabiliza a adoção de alguma flexibilidade por parte de cada serviço, pois a construção de uma cultura de segurança depende não somente de um quadro legal adequado mas também de um ambiente multidisciplinar não culpabilizante — já que o risco é inerente aos cuidados de saúde perante a *legis art*, a transparência e a confiança (Fragata, 2010; Fragata & Martins, 2009; Kagan & Barnoy, 2013; Sousa, 2006).

De 2006, salienta-se *Seven steps to patient safety for primary care — the full reference guide*, uma atualização anual sobre os passos a ter em conta nos CSP para a segurança do doente. Uma abordagem integrada da segurança do doente centrada no sistema que promova uma cultura de aprendizagem e abertura tem em consideração a ergonomia do local, o progresso de capacidades e conhecimento. Apoia-se numa liderança forte, incentiva sistemas de informação epidemiológica e conhecimento de eventos adversos. Deve reconhecer a complexidade dos sistemas e dos processos de trabalho em saúde, sobretudo a interação entre pessoas, tecnologia e meio ambiente, não atribuindo os eventos exclusivamente a erro humano. Ou seja, a insegurança do doente resulta de uma mistura complexa de fatores e causas assentes em duas características fundamentais que se entrecruzam: a inevitabilidade do sentimento de culpa que lhe está associado, e a que passa pela mitigação e aprendizagem em torno dos receios pela saúde do doente lesado (a primeira vítima) e dos sentimentos do profissional (a segunda vítima), com grande ansiedade para todos (Fragata, 2010; Lovaglio, 2009; Norris, 2009; Sousa et al., 2009). Os estudos demonstram que alguns profissionais não conseguem superar o problema e abandonam a profissão, outros sofrem em silêncio, mas ninguém é insensível a problemas com doentes. Ainda assim, muitos são sensíveis a eventos nos cuidados a si próprios ou familiares, mas alheios a eventos resultantes da clínica (Aranaz-Andrés et al., 2008; Lage, 2010; Serranheira et al., 2009; Sousa, 2006; Sousa et al., 2009; Vincent, 2010).

O funcionamento em equipa não deve ser subestimado, pois é mais fácil seguir políticas de segurança em equipa e manter o foco se existir a certeza de que cada membro faz o seu melhor com um indispensável respeito mútuo; melhor ainda com um líder que facilite, que pode ser um médico — aquele que conhece mais facilmente o *core business* na saúde, onde coexistem equipas multidisciplinares, com médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos, auxiliares, o doente (Fragata, 2010; Pronovost & Sexton, 2005; Ribas, 2010).

Ou seja, fomentar uma cultura de segurança nas organizações de saúde deve começar por avaliar a cultura vigente, compreender os pontos fortes e fracos da organização e planear

alterações em cada serviço, uma vez que a aplicação de medidas de segurança sem que se faça uma avaliação prévia pode levar a novos riscos imprevisíveis que, decerto, irão aumentar os custos (Conklin, Vilamovska, de Vries & Hatziandreau, 2008; Fajardo-Dolci et al., 2010; Halligan & Zecevic, 2011; Jacobson et al., 2003; Kagan & Barnoy, 2013; Kirk et al., 2007; Pronovost & Sexton, 2005; Ribas, 2010; Savassi, 2012).

A investigação desenvolvida por Kagan e Barnoy et al. (2013) enfatizou que a aprendizagem e a formação têm um papel crucial junto de um grupo de enfermeiras, relacionando a aprendizagem prévia com uma cultura de segurança do doente positiva e uma notificação efetiva do evento adverso. Também relacionou o impacto de gestores de saúde e dos profissionais com mais anos de serviço na efetivação de uma cultura de segurança e na motivação para os restantes grupos profissionais.

Em Portugal, Fernandes & Queirós et al. (2011) concluíram que existem poucos estudos nos hospitais sobre cultura de segurança do doente e confirmaram um paradigma de punição e de ocultação do evento, com enfermeiros convictos de que, quando notificassem, passassem eles a ser o centro das atenções, ocasionando preocupação com o registo no processo pessoal, sem um entendimento completo do uso que se dá à informação. Reforçou o capital para que se altere o panorama de subnotificação (80% dos enfermeiros não notificaram no último ano).

Sobre o assunto, Ricardo (2012) concluiu que, de modo geral, os alunos que frequentam o último ano dos cursos lecionados na Escola Superior de Tecnologias de Saúde de Lisboa conhecem muitos dos princípios da segurança do doente, mas, na sua maioria, não têm uma clara noção dos processos de segurança do doente. Isto é, conhecem as medidas de segurança, mas não têm perceção das bases que as criaram. Como tal, sugerem-se unidades curriculares que aproximem futuros profissionais de boas práticas em segurança.

Sintetizando, a insegurança na prestação de cuidados de saúde está muito ligada à cultura de segurança da instituição, confirmando-se que o risco aumenta nas instituições que negligenciam o assunto. Por isso é crucial que se incorpore:

- Aprendizagem e interiorização de procedimentos e técnicas em cada intervenção;
- Avaliação periódica da aplicação dos procedimentos e suas consequências;
- Discussão e acordo sobre indicações em cada intervenção;
- Identificação das intervenções com benefício na prevenção de eventos adversos;
- Introdução de novas práticas de acordo com resultados (Despacho n.º 1400-A, 2015;

Pimenta, 2013; Ribas, 2010).

Serriamente, as mudanças culturais não são rápidas nem simples, mas devem iniciar-se observando os eventos adversos na perspetiva do sistema e não das pessoas; de uma cultura centrada no ajuste de contas e culpa para uma cultura justa que examina os eventos como oportunidades, e atribui tolerância zero à violação de regras e à negligência e do secretismo para a transparência; centra a prática no doente e não na equipa prestadora; muda os modelos de trabalho da dependência da excelência individual para o trabalho em equipa, interdependente, cooperativo, incluindo o doente e manter a responsabilidade universal e recíproca (não só de cima para baixo). Se a administração espera que se lavem as mãos, a equipa espera as condições necessárias para realizar regularmente a lavagem das mãos (Fragata, 2010; Jacobson et al., 2003, Ribas, 2010).

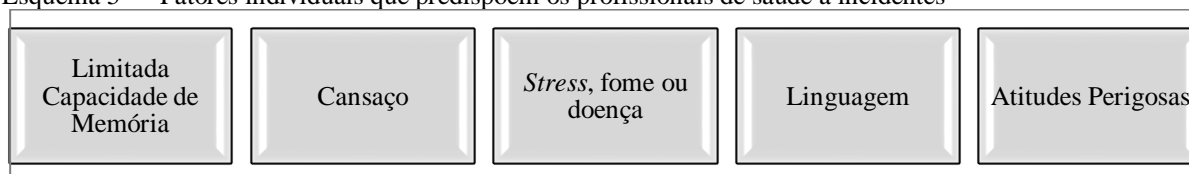
Assim sendo, ao conhecer a importância da organização no seu todo, do doente e dos profissionais de saúde (em particular), direciona-se o estudo de caso para este assunto.

2.2.5 Os Profissionais de Saúde e a Segurança do Doente

Sabendo que os profissionais de saúde são uma peça essencial nos cuidados de saúde, importa conhecer a sua satisfação relativamente às instituições de saúde onde trabalham em Portugal. Este é um conhecimento importante, pois a maior resistência à mudança está nas pessoas que têm de estar motivadas para alterar hábitos (OPSS, 2013; Rigobello et al., 2012). Sobre o assunto, o que mais insatisfaz os profissionais são as ações da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com “24,5 % dos inquiridos muito insatisfeitos e 51,5 % insatisfeitos com a atuação do Ministério da Saúde, 31 % muito insatisfeitos e sensivelmente 44 % insatisfeitos com a Administração Central do Sistema de Saúde” (OPSS, 2013, p. 101).

Por isso, importa que sejam envolvidos, e que se compreenda a sua visão sobre segurança do doente. De acordo com Liu et al. (2014), os profissionais de saúde tendem a olhar a segurança do doente como o resultado de um contexto complexo, uma equipa e competências desadequadas, muito trabalho, políticas de incentivos pouco claras e falta de suporte do doente. A OMS sintetizou alguns fatores individuais que predis põem os profissionais de saúde a incidentes (ver Esquema 5).

Esquema 5 — Fatores individuais que predis põem os profissionais de saúde a incidentes



Fonte: Adaptado de WHO (2012; 2017).

Os cuidados de saúde estão a mudar muito rápido, e estão a surgir novas oportunidades, pressões e desafios, o que faz com que a atual visão dos profissionais de saúde sobre segurança não esteja ajustada aos desafios que enfrentam diariamente, que são cada vez maiores e mais complexos. A prestação de cuidados de saúde envolve características dos profissionais de saúde muito específicas: sobretudo, muito equilíbrio, bem como sensibilidade, por estarem constantemente submetidos a um emaranhado de tensões que dificultam a ação com clareza e a isenção. Geralmente, tanto um centro de saúde como um hospital são locais muito *stressantes* onde a responsabilidade dos profissionais é encarregarem-se das pessoas (Andrade, 2007; Vincent & Amalberti, 2016). Observando a segurança dos cuidados de saúde ao doente nos Cuidados de Saúde Primários, sabe-se que os desafios são ainda maiores, uma vez que nesse ambiente se lida inevitavelmente com doenças cada vez mais complexas, que por si só dificultam a prestação do cuidado ideal e plenamente seguro (Vincent & Amalberti, 2016).

De qualquer modo, e independentemente do nível dos cuidados de saúde, a quantidade de informação que o profissional de saúde precisa de conhecer e saber está, hoje em dia, longe de poder ser registada na totalidade, pois o cérebro humano tem uma capacidade limitada de memória. Por isso, talvez seja melhor não confiar nesta quando existem várias etapas a seguir, devendo recorrer-se a listas de verificação e a protocolos desenvolvidos para ajudar os profissionais de saúde a fazer cuidados e serviços, seguindo o melhor conhecimento disponível. A memória é afetada pelo cansaço, o que por sua vez pode desencadear eventos adversos que envolvam os profissionais de saúde. Por isso, deve evitar-se horas excessivas de trabalho, prevenindo assim ao máximo a privação do sono, que propicia o erro (WHO, 2012, 2017) (esquema 5). Por fadiga, pressões, ou interrupções podem existir dificuldades no acesso ao conhecimento adequando no momento certo, já que não se aplicam rigorosamente as técnicas e procedimentos. O cansaço também favorece que o profissional de saúde não identifique tão bem que determinada situação ou doença está para além das suas competências, não solicitando ajuda com tanta facilidade (Vincent & Amalberti, 2016) (esquema 5).

Outros fatores individuais que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde são o *stress*, a fome e a doença. É crucial que estes cuidem do seu bem-estar e tenham consciência de quaisquer indisposição ou *stress* que os afete, pois nestas ocasiões estarão mais propensos a errar. São bem conhecidos os efeitos do *burnout* em profissionais de saúde, e deve-se recorrer a mecanismos e dispositivos que ajudem na monitorização dos seus cuidados de saúde (Vincent & Amalberti, 2016; WHO, 2012, 2017) (Esquema 5).

Outro fator individual é a linguagem, uma vez que os erros de comunicação causados por fatores linguísticos e culturais são relevantes em muitas interações entre doentes e profissionais

de saúde (Vincent & Amalberti, 2016; WHO, 2012, 2017). A literatura destaca que a comunicação entre o profissional de saúde e o doente é uma boa prática que facilita o processo de cuidados de saúde, seja ou não sobre um evento adverso (American Medical Association, 2011; Aranaz-Andrés et al., 2008; Lage, 2010; Santos et al., 2010; The Health Foundation, 2011).

Os princípios fundamentais para divulgação franca e aberta de eventos adversos são:

- (1) abertura na comunicação;
- (2) conhecimento do tipo de evento;
- (3) expressão de desculpas e arrependimento pelo sucedido;
- (4) identificação das expectativas da pessoa/família envolvida;
- (5) dar suporte à equipa envolvida;
- (6) suportar o processo em absoluta confidencialidade e respeito (ECRI, 2017; WHO, 2012; 2017) (Esquema 5).

Outro fator individual que predispõe os profissionais de saúde a incidentes são as atitudes perigosas. A título de exemplo, os profissionais que ainda estão em formação ou que têm pouca experiência realizam procedimentos ou intervenções a doentes sem qualquer supervisão, ou aqueles que geralmente não usam material de proteção individual estão claramente a adotar uma atitude perigosa. (Vincent & Amalberti, 2016; WHO, 2012, 2017) (Esquema 5).

Em síntese, a segurança do doente ainda é um conceito novo na saúde, o que por si só faz com que o seu reconhecimento seja universalmente incipiente. Por esse motivo, e por tudo o que já foi dito, torna-se crucial fazer formação por forma a que exista uma maior preparação dos profissionais de saúde em situações que geram sentimentos de revolta, de conflito e indignação (MS, 2016; Conselho Regional de Enfermagem, 2010).

Para que se desenvolvam efetivas competências em segurança do doente, o seu ensino deve estar na linha de frente. Os professores devem incorporar as competências da segurança na sua prática diária de ensino, transformando todas as oportunidades em aprendizagem (Canadian Patient Safety Institute, 2008). Deve motivar-se as comunidades clínicas e académicas a promover a alteração dos currículos dos cursos de saúde, que, paralelamente a competências de ordem técnica, devem investir em aptidões de comunicação em saúde centradas no doente, e ainda formar docentes (Ho, Haresch, Nunlist, Schwarz & Wasson, 2013; Santos et al., 2010; WHO, 2012, 2017; Yaphe, 2015).

Segundo o *Canadian Patient Safety Institute*, para ampliar as competências em segurança do doente em todas as profissões de saúde, deve adotar-se uma estrutura conceptual interprofissional, prática e útil que incorpore conhecimentos, competências e atitudes em

segurança do doente (WHO, 2011). De acordo com a literatura, são 6 os domínios a incluir na formação, sobretudo na formação pré-graduada, que inclui todos os profissionais, mesmo aqueles com alguns anos de experiência nos serviços: (1) contributo para a segurança do doente; (2) trabalho em equipa para a segurança do doente; (3) comunicação efetiva para a segurança do doente; (4) gestão dos riscos de segurança; (5) otimização de fatores humanos e ambientais e (6) reconhecer, responder e revelar eventos adversos (Canadian Patient Safety Institute, 2008) (ver Quadro 1).

Quadro 1 — Quadro conceitual de competências para aumentar a Segurança de Doente nas profissões de saúde

Domínio 1 — O profissional contribui para uma cultura de segurança do doente, assumindo o compromisso de aplicar diariamente no seu serviço os conhecimentos, habilidades e atitudes básicas de segurança.

Domínio 2 — O profissional realiza o trabalho em equipa numa perspetiva interdisciplinar, maximizando a segurança do doente e a qualidade do cuidado.

Domínio 3 — O profissional usa comunicação eficaz e efetiva sobre segurança do doente.

Domínio 4 — O profissional faz a gestão de riscos de segurança do doente, antecipando, reconhecendo e adequando situações que colocam ou possam colocar o doente em risco.

Domínio 5 — O profissional otimiza a relação entre fatores individuais humanos e ambientais, de modo a otimizar a segurança do doente.

Domínio 6 — O profissional reconhece a ocorrência de um evento adverso ou de um incidente, dando resposta efetiva para reduzir os danos, assegura a divulgação e faz prevenção da repetição.

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2017).

De acordo com a OMS, são poucos os profissionais de saúde a registar e a analisar eventos. Se é difícil ao profissional assumir que erro, mais difícil ainda será divulgar abertamente o sucedido. Como tal, o domínio 6 é aquele que requer uma formação mais extensa (Canadian Patient Safety Institute, 2008; WHO, 2017). Talvez por isso seja significativa a relutância das organizações na adesão à notificação de eventos críticos, que podem estar relacionados com a carga de trabalho, o desconhecimento das vantagens da notificação, o medo de represálias ou de um processo jurídico, a dificuldade em identificar uma má prática, o desconhecimento sobre o que notificar, os encargos administrativos da notificação, a falta de *feedback*, a cultura organizacional, ou ainda a dificuldade em lidar com a conotação social negativa (Madeira, 2012).

Outra área de formação, igualmente crucial para os profissionais de saúde, é o conhecimento do que implica a segurança do doente nos cuidados de saúde realizados no contexto domiciliário, na comunidade (OPSS, 2017). Os doentes, a família e os cuidadores podem ter dificuldades em seguir procedimentos básicos que no hospital são facilmente supervisionados, mas que na comunidade podem não ser claros, falhando a sua realização (Vincent & Amalberti, 2016). Por esse motivo, será crucial que, no futuro, a formação dos profissionais de saúde, sobretudo daqueles que se prevê virem a exercer neste contexto,

contemple uma noção do que é realizar cuidados de saúde seguros no domicílio. A segurança dos profissionais de saúde neste local oferece uma preocupação acrescida, porque, muitas vezes, o profissional trabalha sozinho e arrisca-se em áreas perigosas para cuidar de pessoas que podem, elas próprias, ser perigosas. Ou seja, a aumento de cuidados de saúde feitos no domicílio trará certamente novos riscos, que podem ser diminuídos com formação e recorrendo a novas tecnologias (MS, 2015; DL n.º 28; 2008; Conselho Regional de Enfermagem, 2010; Vincent & Amalberti, 2016).

Ainda assim, cresce timidamente a formação de uma cultura não punitiva, que encoraja a prática segura, a aprendizagem e a notificação (Madeira, 2012; Ribas, 2010).

Sobre o assunto, Amalberti, Auroy, Berwick & Barach et al. (2005) propõem construir um sistema de saúde “ultraseguro”, só possível se os profissionais de várias profissões superarem 5 barreiras na atividade diária, nomeadamente:

Barreira 1 — *Aceitar as limitações do desempenho máximo* — Contrariar a ideia de que não existem limites, fazendo tudo sem olhar a meios e fins, o que por si só torna o sistema inseguro. Ou seja, quando as pessoas, os profissionais ou sistemas estão autorizados a tomar decisões autónomas sem regulamentação ou restrição, o risco de eventos fatais é muito superior;

Barreira 2 — *Abandono da autonomia profissional* — No setor da saúde é crucial que os profissionais façam formação sobre o trabalho de equipa, adesão a regulamentos e aceitação de regras de ação, entre outros. Dessa forma, favorece-se o pensamento sistémico, com aumento da segurança, e também o equilíbrio e o bom senso entre autonomia profissional e o trabalho de equipa, sobretudo quando é feito para lá dos departamentos ou estruturas físicas. É fundamental pensar-se mais numa perspetiva de equipa, de organização e considerar o doente (Aguiar, 2010; Carneiro, 2010; Lage, 2010; Ribeiro et al., 2008; Rigobello et al., 2012; WHO, 2012, 2017). Na área da saúde, uma elevada taxa de eventos não constitui surpresa, mas ainda subsiste no profissional de saúde uma cultura de negação, a de não-aceitação da inevitabilidade, o que não facilita a prevenção e a correção, pois a ocultação é por si só um evento adverso. A prevenção passa por uma mudança de atitude e de cultura. A pressão incutida para nunca se cometer um erro leva o profissional a encobrir falhas, do próprio ou de pares, impossibilitando a análise e a aceitação da inevitabilidade. Este é um ato necessário de humildade, pois as falhas são normalmente não individuais mas sim do sistema. Ao fazê-lo, não se garante a sua não repetição pois, o sistema não se posiciona no caminho da prevenção (Aranaz-Andrés et al., 2008; Fragata & Martins, 2009; Gallagher et al., 2013; Galotti, 2004; Mendes & Barroso, 2014; Santos et al., 2013; Silva, 2013).

Barreira 3 — *Aceitar a transição da mentalidade do (meu doente) entre profissionais* — Os profissionais de saúde devem abandonar o seu *status* e auto-imagem de artista que, solitariamente, é responsável pelo resultado, e adotar uma posição que passe a valorizar a equivalência entre os diferentes profissionais que atuam no sistema de saúde.

Barreira 4 — *Necessidade de regulação sistémica para otimização de estratégias de segurança* — Quanto mais seguro é um sistema, mais comprometimento exige dos profissionais.

Barreira 5 — *Necessidade de simplificação de regras e procedimentos profissionais* — As regras demasiado complexas podem confundir mais do que ajudar, pois são onerosas e complexas. Por isso, é necessário simplificar os sistemas, eliminando etapas que aumentem a complexidade desnecessária (Amalberti et al., 2005; AVNS, 2017)

Em suma, os profissionais de saúde são uma peça fundamental para a segurança do doente, ainda que este indique que o profissional de saúde se deixa conduzir por interesses, faz tendencialmente testes excessivos e serviços desadequados (Liu et al., 2014). Claramente, talvez o conceito de segurança do doente ainda não tenha uma boa repercussão entre os profissionais de saúde, sobretudo nos CSP, pois, para o doente, a segurança está fortemente ligada à confiança e às relações pessoais, o que é mais difícil de incorporar em contextos com maior complexidade logística e organizativa. Também existe muito pouca formação específica sobre como enfrentar o evento e explicar os factos ao doente, o que leva a que o profissional de saúde que é arrolado num evento adverso sofra na mesma proporção do doente (Faria & Cordeiro, 2014; Ho et al., 2013; Santos et al., 2010; Vincent & Amalberti, 2016; Yaphe, 2015).

Também o doente tem vindo a envolver-se cada vez mais nos cuidados de saúde que lhe dizem respeito, com o objetivo de contribuir e melhorar a sua segurança: o seguinte assunto em análise.

2.2.6 O Doente e a Sua Segurança

O estudo de Aranaz-Andrés et al. (2011 a) realça quão séria pode ser a colaboração entre profissionais de saúde e doentes na discussão sobre o custo da não-adesão ao tratamento farmacológico na Europa. Aqui, um terço dos doentes não adquire na farmácia os medicamentos prescritos pelo médico, metade esquecer-se de os tomar, 30 % deixa de os tomar (já com o tratamento iniciado), e 25 % toma uma dose inferior à prescrita.

O Instituto de Medicina (IOM) (2000) reforçou no documento *To Err Is Human: Building a Safer Health System* que o doente também erra, devendo por isso envolver-se tanto quanto possível nos cuidados de saúde que lhe digam respeito. O documento menciona que as hipóteses

de erro têm aumentado consideravelmente, devido ao crescimento de cuidados a longo prazo na comunidade, ao aumento das cirurgias em sistema de ambulatório, a um tempo de internamento hospitalar ser cada vez menor e uma confiança muito superior na terapêutica medicamentosa complexa (Muething et al., 2012; Schwappach, 2010; Sokol & Neerukonda, 2013).

Os cuidados centrados nas necessidades do doente podem parecer simples e óbvios, mas, dentro de um sistema tão complexo como o da saúde, este é um desafio que se revela vigoroso e que deve ser dominado e sustentado ao longo do tempo (AVNS, 2017; Vincent & Amalberti, 2017).

Por isso, revela-se crucial o empoderamento conferido ao doente para que entenda o seu papel, partindo de habilidades e conhecimentos fornecidos pelos profissionais de saúde num ambiente facilitador que reconheça diferenças (AVNS, 2017; Carrondo, 2014; Despacho n.º 1400-A, 2015; Machado, 2014). O conhecimento será uma oportunidade e um direito de participação do doente no cuidado seguro, adquirido pela literacia em saúde, que visa facilitar uma maior compreensão da informação de saúde e da tomada de decisão. Ou seja, uma baixa literacia em saúde e falhas na comunicação com o doente podem por si só ser a causa de possíveis eventos adversos (Amalberti et al., 2005; AVNS, 2017; Carrondo, 2014; Despacho n.º 1400-A, 2015; Machado, 2014; McBurnie e Øvretveit, 1996; Vincent, 2010).

Sintetizando, a educação do doente sobre a sua própria segurança deve incorporar os conhecimentos necessários ao processo do cuidado (informação cumulativamente oral e escrita) — a título de exemplo, aqueles necessários após a alta, o uso seguro de medicamentos e equipamentos médicos, interações potenciais entre medicamentos e alimentos, orientação nutricional, gestão da dor, recurso a técnicas de reabilitação e prevenção de infeções. Algumas estratégias passam pelo uso da internet, de folhetos, de panfletos, de ecrãs com informação, de vídeos, de músicas, de jogos, entre tantos outros possíveis suportes (AVNS, 2017; Carrondo, 2014; Despacho n.º 1400-A, 2015; Machado, 2014; Vincent, 2010). A chave para o sucesso passa por envolver e educar o doente numa rotina regular de participação, suportada por um ambiente facilitador. Uma vez que qualquer profissional de saúde envolvido num processo de cuidados terá apenas e invariavelmente a sua visão da história, deverá esforçar-se por conhecer a história do doente. Como exemplo, sabe-se que “um bom médico de família ou médico generalista está melhor posicionado para entender a trajetória do doente como um todo, mas são precisos métodos para representar uma perspetiva integral do cuidado, usualmente feito entre distintos quanto a estrutura de saúde e o domicílio (AVNS, 2017; Vincent & Amalberti, 2016). Envolvendo o doente, fala-se invariavelmente do cuidado que se pode realizar na sua

casa. Se por um lado isto é muito positivo e reduz a carga sobre o sistema de saúde, por outro leva-nos à reflexão de que muita dessa carga que está não nos hospitais mas sim nas famílias e nos próprios doentes, com todas as consequências que daí advêm — muitos deles sendo idosos ou tendo síndromas demenciais. Também os cuidadores estão geralmente vulneráveis e sujeitos a um intenso *stress*, ao esgotamento, a problemas de saúde e ao não-pagamento (MS, 2015; OPSS, 2017; Vincent & Amalberti, 2016).

E, neste ponto, certifica-se que é crucial a colaboração de todos na segurança do doente, quer a fim da cultura de segurança do doente, quer a fim de uma cultura de notificação do evento adverso.

Com este conhecimento, importa agora saber quais os instrumentos de que dispomos para que se notifique e, por conseguinte, se evite o evento adverso; sobretudo: auditorias; decisões em equipa multidisciplinar; discussões de evolução clínica inesperada; formação contínua; protocolos; reuniões de avaliação da mortalidade e morbidade; sistemas de alerta, de notificação e de verificação redundante. Dos instrumentos disponíveis e indicados, aqueles que mais se usam — senão o principal ou único formato usado — são os sistemas de notificação de eventos adversos, habitualmente sistemas universais, de partilha e comparação de possíveis eventos (Liu et al., 2014; MS, 2015).

Por isso, e para que possa compreender detalhadamente o processo de notificação nos sistemas de notificação de eventos adversos disponíveis, importa aprofundar o conhecimento sobre o assunto: o próximo tema em análise.

2.2.7 A Notificação do Evento Adverso

O responsável pelas iniciativas de segurança do doente da OMS, Liam Donaldson, afirma que errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender é imperdoável, sobretudo pelos custos diversos (financeiros e de sofrimento) que estas ações acarretam (MS, 2012, 2015).

Historicamente, a OMS tem liderado a evolução dos sistemas de notificação de eventos adversos, e é atualmente o líder mundial na análise de relatórios de segurança do doente (WHO, 2016).

Os sistemas de notificação tiveram a sua génese no *Projeto de Diretrizes para os Sistemas de Relatórios*, que, desde 2005, evoluíram até ao modelo que em 2013 facilitou que se traduzisse um sistema-base para a linguagem das tecnologias de informação. Após a evolução indicada, em 2014, em parceria com a União Europeia, os sistemas de informação de notificação de eventos adversos começaram a ser usados em diversos países Europeus (WHO,

2014). Relativamente à linguagem usada, a notificação/codificação de eventos adversos foi organizada, num projeto designado *Minimal Information Model for Patient Safety* (MIM PS), um conjunto universal de categorias que contemplam as necessidades básicas de informação sobre a notificação de incidentes ao doente (WHO, 2016). A definição desta linguagem comum veio fortalecer o relato efetivo, bem como uma aprendizagem simples, comum e significativa. Para o efeito, desenvolveu-se um guia do utilizador que cada, durante o processo de implementação dos sistemas de notificação, foi adequado a cada país (WHO, 2016). "[...] o uso da linguagem comum do MIM PS" foi altamente recomendado pela OMS aos países sem "sistemas de relatórios e de aprendizagem e/ou sistemas de vigilância, nas primeiras etapas do desenvolvimento dos sistemas" (WHO, 2014, p. 12). Ou seja, os países sem qualquer sistema de notificação e aprendizagem com os incidentes de segurança do doente beneficiam com o uso da linguagem MIM PS — uma linguagem que, além da sua utilidade, foi universalmente sistematizada (WHO, 2014).

Ou seja, considera-se que os sistemas de informação se tornaram essenciais para se compreender não só que causas e fatores terão contribuído para um incidente de segurança como também as consequências e soluções que os mitigarão ou prevenirão. Compreendeu-se também que, aumentando a eficácia do sistema de notificação e conhecendo maior número de situações, maior é a probabilidade da existência de soluções (Aguiar, 2010; Bowie, 2010; Conlon, Havlisch, Kini & Porter, 2008; Kagan & Barnoy, 2013; Kalra et al., 2013; Lage, 2010; McDonald et al., 2013; MS, 2012, 2015; Ribeiro et al., 2008; Rigobello et al., 2012).

Por isso, e para que os sistemas possam ser efetivamente usados, cada país tem de providenciar uma indicação clara de quão importante é a implementação dos sistemas de notificação de eventos adversos, envolvendo profissionais que os entendam, apoiem e usem. Ainda assim, sabe-se que os profissionais de saúde não notificam por não sentirem confiança numa política não punitiva que enquadre a notificação de eventos — vista atualmente como penalizadora (Liu et al., 2014).

Ou seja, paralelamente à implementação de sistemas de notificação de eventos adversos, devem ser dados passos no sentido de se poderem implementar e melhorar estratégias assentes na adoção de numa cultura de aprendizagem (em detrimento de uma de culpabilização), bem como na comunicação de informação relevante, normalmente realizada através de uma medida atrativa e simples. Deverá requerer-se também a notificação que se sustente na confidencialidade e na sistematização de dados numa *interface* que os junte, armazene e recupere. (Carneiro, 2010; Fragata, 2010; Hoffman et al., 2013; Júnior et al., 2010; McDonald et al., 2013; Sousa, 2006; Sousa et al., 2009, 2010; Lima, 2011; Vaz & Serranheira, 2010; Zwart

& Bont, 2013) E, apesar de se saber que as instituições com uma forte cultura organizacional estão mais bem posicionadas para o aprimoramento com base naquilo que não tenha corrido tão bem, e que os profissionais daquelas se sentem mais livres para relatar problemas sem receio de represálias, de modo geral nas organizações de saúde a subnotificação é comum e sustenta-se na culpabilização organizacional da pessoa que erra, levando os profissionais a absterem-se sempre que possível. Vejamos: na China ainda subsiste em torno do evento adverso uma cultura punitiva. Neste sentido, recorda-se o estudo realizado por Lima (2011), que pretende entender como os profissionais de enfermagem veem o sistema de notificação de eventos adversos, concluindo que se efetuam pouquíssimas notificações — uma frequência que aumenta em ocorrências graves e trágicas. A maioria dos eventos é atribuída a falhas de comunicação entre enfermeiros e a um rácio entre profissionais de saúde e doentes desajustado. Maioritariamente, os profissionais concordam com a implementação de um sistema de notificação de eventos adversos obrigatório que, ainda assim, assegure o anonimato (Lima, 2011). O projeto Rede de Médicos Sentinela procedeu à notificação voluntária de eventos adversos em centros de saúde e constatou que existe uma alta motivação para notificar (não sistemática), que a notificação suporta uma melhor prática clínica e ajuda a reduzir os riscos para o doente e que o desconhecimento dos eventos (caraterísticas e frequência) fragiliza a prevenção (Ribas, 2010).

Especificamente, no grupo médico, o que leva os profissionais a não notificar é o medo, o sentimento de culpa, o excesso de trabalho, a dúvida de que determinado aspeto seja de facto notificável, a falta de variáveis de medição fiáveis, a indefinição de incidente, a complexidade dos métodos de notificação e a falta de *feedback* para notificações efetuadas (Vincent et al., 1999). De acordo com Tsang, Majeed & Aylin (2012 a), as barreiras transversais num grupo de Medicina Geral e Familiar passam pela resistência à realização de relatórios de incidentes devido à desadequação da educação médica e às reduzidas competências no acesso ao computador. Na Dinamarca, os médicos de família parecem deter atitudes positivas face à notificação de eventos adversos, apesar de esta, num ambiente caótico, onde coexistem inúmeras atividades ser mais atrativa do que real (Kousgaard, Joensen & Thorsen, 2012).

Ou seja, a cultura organizacional e a liderança devem claramente ser o grande suporte dos sistemas de notificação (Kalra et al., 2013; Vaz & Serranheira, 2010; WHO, 2012, 2017). Por sua vez, os sistemas suportam-se no relato anónimo e devem conceder à ação um *feedback* oportuno que evite novos incidentes e suporte o reconhecimento público para a redução de eventos adversos (Fernald et al., 2004; Jansma et al., 2010; Leroy et al., 2012; Pronovost et al., 2008; Salinas et al., 2013; Sorra et al., 2008).

De modo geral, os sistemas de informação de notificação cumprem os objetivos de descrever, explicar e adotar medidas corretivas, sustentados em quatro princípios:

- Reforçam a segurança do doente e facilitam a aprendizagem com falhas do sistema;
- Não punem nem trazem consequências a quem notifica;
- Conduzem a uma resposta construtiva e efetiva, um *feedback* baseado nas conclusões da análise dos dados, com recomendações aos sistemas e processos de cuidados de saúde;
- Analisam e difundem recomendações mediante o aprendido (Lima, 2011; WHO, 2014).

Aqueles são uma ferramenta importante, mas, sendo anónima, tem como desvantagem a potencial perda da informação. Esta pode complementar-se com entrevistas, tal como nos EUA — ao viabilizar-se a omissão de acidentes, concebeu-se um sistema misto no qual coexistem a notificação voluntária e a declaração obrigatória do evento muito grave. Ou seja, talvez a tendência venha a ser a notificação sistemática, voluntária, anónima e, no caso de eventos fatais, obrigatória — a única tendência que verdadeiramente permite que a equipa conheça e entenda o "caminho percorrido pelo erro" (American Medical Association, 2011; Fragata, 2010; Kostopoulou & Denaley, 2007; Lima, 2011; Madeira, 2012; Pedroto, 2006; Yaphe, 2012 b, c).

O nome adotado nalguns países europeus para os sistemas de informação de notificação é "*national reporting and learning system*", fortalecendo a ideia de um sistema nacional de notificação que promova a aprendizagem, a partilha, a difusão da informação e a introdução de mudanças práticas no sistema, evitando repetições. A plataforma criada no Reino Unido usa o nome indicado e é atualmente uma das maiores bases de dados do mundo sobre segurança do doente (Macrae, 2008; Sousa, 2006). Outro país que começa a usar um sistema de notificação de eventos adversos é o Irão, aprendendo com a experiência dos sistemas já implementados noutros países, aplicando-o aos hospitais iranianos que tenham dificuldade na recolha, análise, partilha de informações sobre segurança do doente — uma vez que os dados sobre a frequência de eventos adversos em países em desenvolvimento ou em transição são frequentemente ineficazes (Sheikhtaheri et al., 2012). Um outro exemplo é o Canadá, um país que em 2013 não possuía um padrão nacional coerente para a prevenção de eventos por falta de consenso nos custos (Kalra et al., 2013).

Relativamente ao assunto, Portugal não é exceção. Em 2004, um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos (voluntário, anónimo, aberto a todas as instituições do sistema de saúde) foi considerado prioridade máxima para o PNS e a ENQS (Despacho n.º 14223, 2009; Faria, 2010; MS, 2004; Ribas, 2010; Sousa, 2006). Contudo, apesar

desta prioridade, publicamente conhecida e reforçada nos anos subsequentes, o sistema só surgiu em Portugal em dezembro de 2012, denominado Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), estruturado com base nas recomendações da OMS e do Conselho da União Europeia (OMS, 2008; MS, 2012). O lançamento foi amplamente noticiado na comunicação social, que referiu a notificação de eventos médicos no sistema. Certo é que qualquer profissional a exercer num hospital ou centro de saúde, bem como qualquer cidadão ou familiar, poderia fazer uma notificação. Assim, o sistema combinava notificação voluntária, confidencial e não punitiva e encorajava cidadãos e profissionais a aderirem ao processo (DQS, 2012 b).

A documentação de suporte à plataforma SNNIEA simplificou o acesso universal e o preenchimento das notificações. Incluiu todos os níveis e áreas de prestação de cuidados e dotou cidadãos e profissionais de saúde de uma ferramenta de notificação e aprendizagem contínua com o erro. Este sistema foi testado experimentalmente num período de 6 meses em 9 instituições de saúde (hospitais e centros de saúde), que fizeram 21 notificações sugestivas de melhoria (DQS, 2012 b).

Como resultado dos ajustes constantes (entre 2012 e 2014), o sistema de notificação requalificou-se, passando em setembro de 2014 a designar-se Plataforma Notific@. Esta está disponível no website da Direção-Geral da Saúde² para cidadãos e profissionais, para todos os contextos de saúde, e mantém o formato anónimo e confidencial, bem como uma perspetiva não punitiva sobre o evento adverso (DQS, 2012 b, DQS, 2014).

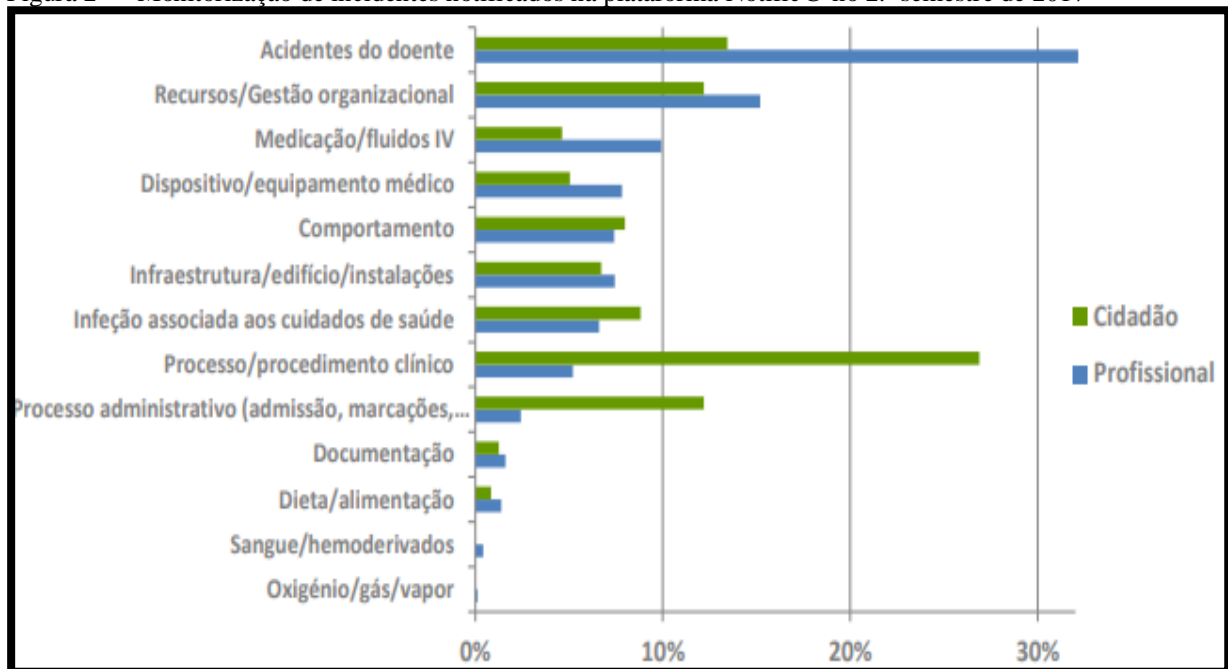
Face à evolução do sistema e à compilação regular de dados, soube-se que até ao segundo trimestre de 2017 tinham sido registadas na plataforma 3588 notificações de profissionais de saúde e 238 de cidadãos. Os principais motivos de eventos adversos foram sumariados na perspetiva do cidadão e na perspetiva do profissional. Na ótica de cidadão, as causas maiores de eventos adversos devem-se ao processo/procedimento clínico (27 %), a acidentes do doente (13 %) e aos recursos / à gestão organizacional (12 %). Na ótica do profissional, as causas maiores de eventos adversos são devidas aos acidentes do doente (34 %), aos recursos / à gestão organizacional (15 %) e à medicação / aos fluidos IV (10 %) (ver figura 2).

No terceiro semestre de 2017, os dados mantiveram-se quase inalterados, centrando-se na ótica de cidadão, no processo/procedimento clínico, nos acidentes do doente e nos recursos / na gestão organizacional. Na ótica do profissional, as causas maiores de eventos adversos são por

² Disponível em: <http://www.dgs.pt/formulario-notifica.aspx>.

acidentes do doente, pelos recursos / pela gestão organizacional e pela medicação / pelos fluidos IV.

Figura 2 — Monitorização de incidentes notificados na plataforma Notific@ no 2.º semestre de 2017



Fonte: Relatório de Progresso de Monitorização do Sistema Nacional Notificação Acidentes (2.º Trimestre, 2017)

Ou seja, o maior impedimento para a prevenção do evento adverso na saúde pode residir na punição à pessoa que o cometeu, sobretudo aos profissionais competentes que reconheçam que o sistema é caótico, desorganizado e inseguro (Carvalho & Vieira, 2002; Kalra et al., 2013; Moutzoglou, 2010; Rigobello et al., 2012; Sokol & Neerukonda, 2013).

Claramente, tanto a curto como a longo prazo, a educação em segurança do doente pode criar um efeito positivo na atitude dos médicos e dos profissionais de saúde em geral, alertando-os para a importância da notificação no seu próprio contexto de trabalho, com inúmeras tarefas e uma inerente complexidade de locais, pessoas e procedimentos (Jansma et al., 2010). Esta complexidade assume outras dimensões (especificidade e complexidade) nos CSP, onde os sistemas de notificação de eventos adversos têm de transpor barreiras específicas, sobretudo: o aumento dos riscos legais associados ao erro médico; benefícios pouco claros relativamente à notificação; a dificuldade na notificação; que se pense "não é o meu trabalho"; falta de definições claras; falta de recursos; medo da culpa; que os relatórios gerados possam ser usados fora do contexto; o sentimento de fracasso (National Patient Safety Agency, 2006).

Ou seja, não só pela notificação do evento adverso mas também pela sua complexidade inerente, e porque aqueles são o contexto privilegiado de interação, pelo menos em Portugal, passa a aprofundar-se o conhecimento em matéria de segurança do doente no contexto

específico dos Cuidados de Saúde Primários: o próximo tema em análise (Decreto Lei n.º 28, 2008; Gandhi & Lee, 2010; Kaprielian, Østbyem, Warburton, Sangvai & Michener, 2008; MS, 2015; Missão Cuidados Saúde Primários, 2006; Silva, 2013; Silva et al., 2013).

2.3 A SEGURANÇA DO DOENTE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Estados-membros da União Europeia e o Sistema de Saúde Português, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) devem ser gerais, acessíveis, tendencialmente gratuitos e seguros para se garantir a cobertura universal da saúde e a procura de eficiência na saúde (WHO, 2012, 2017).

Nesse contexto, a segurança do doente assume uma maior importância simplesmente por uma considerável proporção de incidentes de segurança detetados nos hospitais ter origem em níveis anteriores do sistema: justamente nos CSP. Também a maioria das interações entre o profissional de saúde e o doente ocorrem fora do ambiente hospitalar — o maior volume de consultas na saúde (com uma estimativa imprevisível de crescimento) é feito precisamente nos CSP. (Chiu, Chu, Lin & Chiu, 2004; Gaal et al., 2010 a; Gandhi & Lee, 2010; Iglesia et al., 2014; Marchon & Junior, 2014; Sandars & Esmail, 2003; Sousa et al., 2010; Tsang, Majeedb & Aylin, 2012 b; Wallis & Dovey, 2011; Watcher, 2010; World Health Organization, 2012; Yaphe, 2014; Zwart et al., 2011)

Por isso, o grupo de trabalho Safer Primary Care Expert veio salientar a necessidade de um referencial universal em segurança do doente nos CSP, destacando:

- Reconhecer a necessidade de um ambiente seguro;
- Trabalhar na partilha de conhecimento, instrumentos, ferramentas e dados;
- Apoiar a medição onde as atividades decorrem;
- Nivelar a qualidade entre ambientes com distintos níveis de desenvolvimento;
- Identificar as principais lacunas no conhecimento e definir propostas práticas que colmatem as áreas prioritárias (World Health Organization, 2012).

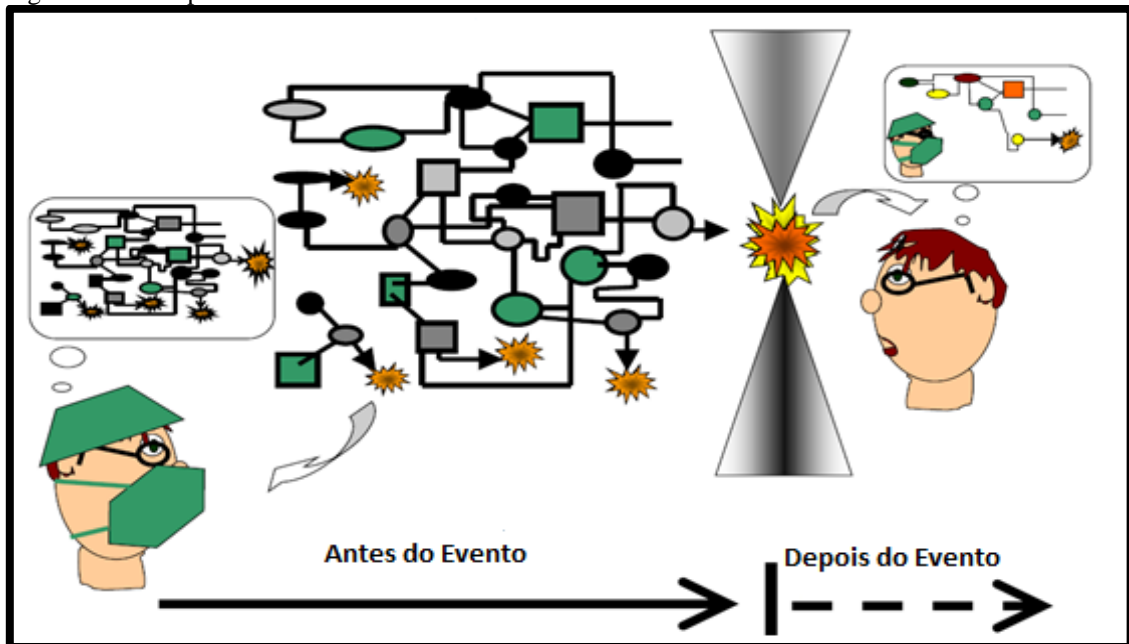
Relativamente ao assunto, a literatura não ampla, simplesmente porque é mais difícil estudar o contexto. Os cuidados envolvem variados géneros de consultas (presenciais, telefone, correio eletrónico) e existe interação com diversos prestadores de saúde e outros níveis de cuidado — podendo o evento adverso ocorrer em vários locais e por diversas razões (Sousa et al., 2010).

A literatura internacional ainda atenta muito escassamente à cultura de segurança no contexto domiciliário. A adversidade e a variação dos cuidados; a infraestrutura e a grande variedade de situações a interatuar cumulativamente; a existência de numerosos problemas crónicos na mesma pessoa ao longo do ciclo de vida: todos são aspetos que neste contexto favorecem o evento adverso. (Liu et al., 2014)

De qualquer modo, a visibilidade é alargada, pois é um contexto de intervenção em saúde, naturalmente complexo, e por isso genuinamente perigoso, com potencial para falhas catastróficas. Como tal, a segurança é uma dimensão emergente; não reside numa pessoa, num dispositivo ou num departamento da organização, nem tampouco num único sistema. A segurança não pode ser comprada ou fabricada; não pode ser manipulada como uma matéria-prima. O estado de segurança em qualquer sistema é sempre dinâmico; pelo que contínuas alterações sistémicas garantem que o perigo e a sua gestão mudem constantemente (Cook, 2000). Em suma, a prevenção do evento adverso nos CSP deve considerar estratégias multicausais para causas que são também elas multicausais (The Health Foudation, 2011).

A figura 3 esquematiza a complexidade intrínseca e inerente dos CSP e representa a dificuldade latente em compreender o caminho percorrido por um qualquer evento adverso (seja antes (retrospectivamente) ou após (prospetivamente) — sobretudo se os circuitos e o fluxo de trabalho não estiverem bem estruturados.

Figura 3 — Complexidade de circuitos de eventos adversos nos Cuidados de Saúde Primários



Fonte: Adaptado de OMS (2012).

A reflexão acerca do que pode ou possa ter corrido menos bem é ainda mais crucial por se saber que, de acordo com Sokol e Neerukonda (2013), o evento adverso nos CSP pode ser tão devastador quanto o que acontece num hospital. Segundo Mendes & Barroso (2014), no Reino Unido, cerca de 750 mil utentes por dia recorrem ao médico de família; na Alemanha, realizam-se 1,5 milhões de atendimentos por dia; em Portugal, só no ano de 2010, realizaram-se nos CSP sensivelmente 23 milhões de consultas de clínica geral e familiar, uma média de 89 mil²²⁷ mil consultas por dia e 2,3 consultas por habitante por ano, o que representa um valor relativamente superior ao número de consultas de especialidade, em contexto hospitalar, no mesmo período. Para o Brasil, não se encontraram estudos relacionados com os eventos adversos nos CSP — alegando-se que a área da segurança do doente no contexto é fértil para pesquisa, sobretudo por não ter o seu âmbito bem definido (Reis et al., 2012). Outro estudo, realizado em hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, no México e Peru, observou-se em 11 379 doentes internados uma prevalência de 10,5 % de eventos adversos, com 28 % a provocarem incapacidade ao doente, 6 % a associarem-se à sua morte e 60 % das situações sendo evitáveis (Aranaz-Andrés et al., 2008). Observando a realidade espanhola, conheceu-se que nos CSP ocorrem por mês 6% de eventos adversos nas consultas, e que quanto mais sério é o evento maior a hipótese de prevenção — já que um quarto das ocasiões não requer tratamento adicional, metade é resolvida no local e poucas situações recorrem ao hospital (Aranaz-Andrés et al., 2011 b). Na Suíça, evidenciou-se que nos CSP sucedem com alguma regularidade incidentes que apresentam o potencial de prejudicar gravemente o doente, metade deles culminando em dano grave ou em morte (Gehring et al., 2012).

Manifestamente, apesar de se saber pouco sobre o contexto, os doentes apresentam (pronunciadamente) problemas idênticos de segurança aos hospitais. Nos CSP, o evento adverso cometido por médicos é comum, e a probabilidade de serem graves e quase sempre evitáveis (quanto mais grave, mais evitável) é alta. Estas determinações sustentam a importância de uma educação contínua para a monitorização, para a mudança e para a implementação de políticas proativas — um assunto prioritário, pelo facto de a visibilidade, a factualidade e a robustez dos resultados ser mínima face à sua relevância e utilidade (Amalberti & Brami, 2012; Castellano-Zurera, Nuñez-Garcia, Carrasco-Peralta & Torres-Olivera, 2012; Gaal et al., 2010 c; Gandhi & Lee, 2010; Maamoun, 2009; Khoo et al., 2012; Ministry of Health and Consumer Affairs, 2008; Ribas, 2010; Yaphe, 2012 a, c).

Também se sabe que países com sistemas de saúde primários semelhantes são atingidos por eventos idênticos, o que incentiva que se conheça, compare e replique internacionalmente toda e qualquer melhoria encontrada. Outra reflexão: a crise na Europa implica que os diferentes

níveis de cuidados de saúde façam cada vez mais com cada vez menos, e esta é uma complexidade que por si só traz riscos acrescidos ao doente e ao próprio sistema (Aranaz-Andrés et al., 2008, 2011a; Makeham, County, Kidd & Dovey, 2002; Sequeira, 2009; Vicent & Amalberti, 2016; WHO, 2017; Zwart et al., 2011).

O papel dos CSP também se revigorou na transferência cada vez mais rápida e frequente de cuidados e tratamentos antes exclusivos aos hospitais, favorecendo o tratamento do doente na comunidade e a capacitação de profissionais, bem como promovendo um internamento de menor duração no hospital. Disto, por si só, advém um risco acrescido de eventos adversos. (Campos, 2015; Chiu et al., 2004; Falcão 2013; Gandhi & Lee, 2010; OPSS, 2015; Pedro & Pedro, 2013; Sandars & Esmail, 2003) Sobre o assunto, o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012, p. 3) menciona existir uma “excessiva descontinuidade e fragmentação de cuidados, com os riscos e desvantagens que tal pode representar, pela duplicação de esforços, pelo desperdício de recursos e pela menor eficiência e qualidade de cuidados”. De acordo com Aranaz-Andrés et al. (2008), o grande risco para o cuidado de saúde no terceiro milénio reside na falta de coordenação entre níveis de cuidado, por falhas nas transferências e na comunicação. Igualmente, o relatório de primavera do OPSS (2013, p. 78) assegurou “ineficiências geradas pela ausência de comunicação entre os sistemas de informação, quer no seio dos CSP, quer com os cuidados hospitalares e continuados”.

Para Falcão (2013), a transição entre cuidados primários e hospitalares potencia eventos pela deficiente comunicação verbal e escrita, pelas possíveis implicações na terapêutica medicamentosa (duplicação, interação medicação e aumento de custos), e por erros por omissão — sobretudo a suspensão não intencional da medicação crónica. As dificuldades na transição têm um maior impacto no caso dos doentes idosos: não só dadas as alterações cognitivas muitas vezes presentes como também pelo facto de estes doentes serem seguidos por várias especialidades médicas sem uma visão global do seu estado clínico. De acordo com (Pedro & Pedro, 2013), no Hospital de São Francisco Xavier, em Lisboa, 93 % dos enfermeiros consideram a passagem de turno eficaz. Ainda assim, existem barreiras frequentes à transmissão de informação, às interrupções, ao ruído ou às condições inadequadas, levando a sugerir-se a existência de salas apropriadas para assegurar a confidencialidade, recorrer ao suporte escrito e uniformizar a passagem de turno entre todos os profissionais (Vincent & Amalberti, 2016). Ainda assim, conheceram-se alguns locais onde se fazem reuniões conjuntas entre os hospitais e os ACES. Disto são exemplo as reuniões entre o Hospital de Santa Maria e os Agrupamentos

referenciadores, que facilitam que aos profissionais se conheçam e integrem os cuidados (Machado, 2014).

Em suma, a segurança do doente nos CSP apresenta desafios únicos aos líderes de saúde e, apesar de ser um nível com menor complexidade tecnológica do que o hospitalar, é mais complexo a nível logístico. Dificultando o intercâmbio de informação, a comunicação, a coordenação entre muitos agentes (profissionais de saúde, doente, família) e diversos locais, este é um contexto no qual frequentemente tanto as infraestruturas como o fluxo de trabalho conduzem a atendimentos inseguros (Sokol & Neerukonda, 2013; Yaphe, 2015).

Em franca expansão está o modelo de cuidados para pessoas com doença crónica, que podem viver com o apoio da família ou cuidadores profissionais na sua própria casa. Esta é uma intervenção cujos benefícios são claros, mas cujos riscos ainda não foram inteiramente estabelecidos. A segurança não pode ser gerida da mesma forma que num hospital, já que os ambientes, as funções, as responsabilidades, as normas, os modelos de supervisão e a regulação do contexto são bastante distintos. Importa por isso entender melhor a segurança dos cuidados de saúde realizados nas casas das pessoas, com diferentes níveis de apoio informal e profissional, por forma a evitar internamentos e a manter a qualidade de vida (MS, 2015; Despacho n.º 1400-A, 2015; OPSS, 2017; Ribas, 2010; Vincent & Amalberti, 2016). Em casa, o doente em casa está muito mais sujeito a sofrer um evento adverso, sobretudo por lesões causadas por qualquer queda, infeção de feridas cirúrgicas, problema comportamental ou transtorno mental, bem como por quaisquer erros na gestão da medicação (Despacho n.º 1400-A, 2015; Vincent & Amalberti, 2016). Na perspetiva da Joint Commission (2017), o foco do cuidado seguro em casa deve centrar-se na identificação correta do doente; no uso seguro da medicação; na prevenção das infeções; na prevenção de quedas; e na séria e exaustiva identificação dos riscos ao doente.

Outra particularidade dos CSP é o leque de pessoas atendidas, um leque que varia daquelas que recorrem ao hospital, oscilando entre pessoas saudáveis e pessoas com uma ou mais doenças crónicas; e, dentro deste leque, existem populações ainda mais suscetíveis. Disto se tem como exemplo os idosos, pois com o envelhecimento da população é comum que o doente tenha mais de 65 anos e múltiplas patologias crónicas e que tome medicação variada. Estas são situações que podem convergir num evento adverso e numa pressão adicional sobre o sistema de saúde (American Medical Association, 2011; Aranaz-Andrés, et al., 2011a; Campos, 2015; Hoffman et al., 2013).

Um aspeto que deixa o doente consistentemente mais satisfeito é ter “consulta com o seu próprio médico de família, em vez de outro médico” (Pisco, 2016, p. 36). Isto passou a ser

relevante, sobretudo porque o papel que o doente assume na comunidade é muito mais ativo. Ainda assim, é-o insuficientemente face ao preconizado: deve ser a principal fonte de informação na progressão da doença, com a inerente responsabilidade e envolvimento que daí advém, devendo aceder a protocolos que integrem a cultura e literacia em saúde. (American Medical Association, 2011; Gaal et al., 2010 b; World Health Organization, 2008; Vincent & Amalberti, 2016; WHO, 2017)

Mas, para que seja efetivamente considerado, deve ter-se em linha de conta que a sua escala de tempo e o seu “ritmo” são particularmente dissemelhantes do ritmo do sistema e dos profissionais, sobretudo de saúde — sabe-se que, com frequência, aquele não revela sintomas, minimizando-os ou adiando o momento de os comunicar. A relação com os profissionais pode ser má e sujeitar-se a conflitos e a vicissitudes, o que complica em grande medida a abordagem da segurança. Apesar de a responsabilidade pela segurança em casa recair principalmente sobre o doente, os familiares e os parentes, os cuidadores são um grupo especialmente vulnerável pela exaustão a que estão sujeitos. (American Medical Association, 2011; Gaal et al., 2010 b; World Health Organization, 2008; Vincent & Amalberti, 2016; WHO, 2017).

Em síntese, as áreas que apresentam um maior risco de favorecer eventos adversos nos CSP são a comunicação dentro das equipas; a interface de ligação entre os cuidados de saúde primários e secundários; os exames de diagnóstico; a prescrição de medicamentos; e a gestão. De acordo com Tsang et al. (2012b), os eventos adversos nos CSP estão comumente relacionados com problemas de medicação e diagnóstico, bem como com o atendimento realizado pelos serviços, a comunicação e a gestão entre profissionais — e também entre doentes.

É crucial trabalhar temas como a reconciliação terapêutica, a continuidade de cuidados, a higienização de mãos e os programas de vigilância de microrganismos resistentes, cada vez mais presentes na comunidade. De acordo com a Health Foundation (2011), as causas de eventos adversos nos CSP têm muito que ver com a complexidade clínica (medicação múltipla, condições complexas, condições múltiplas, fragilidade); as falhas do sistema (sistemas de informação, processos, meio ambiente); e os fatores humanos (trabalho em equipa, comunicação, *stress*, fadiga, depressão e esgotamento) — os últimos com um claro impacto na forma como o profissional lida com o doente. Também a incapacidade de reconhecer a prevalência e a gravidade dos eventos, assim como a variação e a desadequação na formação e experiência dos profissionais de saúde, são fatores humanos com um enorme impacto nos CSP. As questões organizacionais são igualmente cruciais nos CSP, contribuindo para grande número de eventos (Amalbert & Brami, 2012; Carneiro, 2010; Castellano-Zurera et al., 2012;

Chenot, 2007; Dixon, Thanavaro, Thais & Lavin, 2013; Hardeep et al., 2013; The Health Foundation, 2011). Devem-se sobretudo a:

- Aumento das exigências e necessidades do doente;
- Dependência de sistemas mecanizados para evitar eventos;
- Fatores ergonómicos ou do ambiente;
- Falta de coordenação, sobretudo junto de cuidados de saúde secundários e terciários;
- Má comunicação entre profissionais e entre profissionais e doentes;
- Inadequados sistemas de partilha de informação de eventos, que dificultam a análise das causas e estratégias de melhorias;
- Infraestruturas insuficientes;
- Linhas de autoridade pouco claras;
- Medidas de cortes nos custos;
- Semelhança de nomes de medicamentos;
- Pensamento de que determinada ação foi levada a cabo por outros grupos da organização;
- Sistemas de informação fragmentados. (Joint Commision, 2007; The Health Foundation, 2011)

No caso dos doentes oncológicos observados na comunidade, a contestação da experiência relaciona-se com o longo tempo de espera e os atrasos; uma má comunicação; questões ambientais; o estacionamento; e um atendimento adequado (Chenot, 2007).

Outro estudo feito nos CSP, especificamente no atendimento pediátrico, referia a escassez de informação sobre eventos, maioritariamente quanto à gestão da medicação e tratamentos, aos testes de diagnóstico e laboratoriais e à comunicação. (Neuspiel et al., 2008).

Zwart et al. (2011) sugerem outros exemplos daquilo que, na prática, pode correr mal: que o doente espere mais de uma hora por o seu nome não estar na agenda; que um doente idoso que faça um exame físico caia sobre o estagiário de medicina, frature a anca e seja hospitalizado; que uma enfermeira administre a um doente a vacina errada; que não se faça o diagnóstico de uma fratura por compressão vertebral numa idosa com dor lombar, adiando em uma semana o diagnóstico. Igualmente, as barreiras no acesso à saúde, os longos tempos de espera e a insatisfação não são geralmente aspetos considerados a nível hospitalar. Contudo, estes podem ser relevantes nos CSP, devido às consequências a longo prazo que deles poderão advir, sobretudo: uma redução de confiança no sistema de saúde; uma baixa utilização dos cuidados preventivos; e uma maior necessidade de emergência (Gaal et al., 2010 b; Hardeep et al., 2013;

Organização Mundial da Saúde, 2008). Segundo Pisco (2016), confirma-se que as causas mais frequentes de efeitos adversos se devem sobretudo a “lacunas na comunicação entre médicos e doentes, falta de informações proveniente dos cuidados hospitalares e descoordenação” (p. 34).

Continuando a reflexão sobre os eventos adversos nos CSP e mudando a atenção para a realidade portuguesa, destaca-se o estudo desenvolvido por Ribas (2010), singular no panorama nacional, dirigido a médicos de Medicina Geral e Familiar de um centro de saúde. A investigação melhorou o conhecimento sobre o tema (à data inexistente) e confirmou quão importante é a pesquisa nos CSP, “ainda mais urgente, dado que todas as intervenções se têm centrado nos cuidados de segunda linha, especialmente nos cuidados cirúrgicos” (Ribas, 2010, p. 587). Afirmou também que nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) a “implementação de um sistema de monitorização e de prevenção de eventos adversos deve ser considerada um indicador de boas práticas e no futuro, um fator de contratualização com clientes diretos: os cidadãos” (Ribas, 2010, p. 589). A autora reforçou que, em Portugal, as unidades de saúde que prestam (in)diretamente cuidados de saúde devem basear-se na aprendizagem, não na punição, e discernir melhores metodologias de registo (Ribas, 2010).

A partir do Quadro 2, observam-se as áreas de intervenção prioritária para alcançar a segurança do doente nos CSP, tais como: taxonomia, classificação universal do tipo de eventos adversos; informação e treino de estudantes e profissionais em segurança do doente; desenvolvimento de sistema de notificação de eventos adversos; avaliação das causas e consequências; identificação de fatores-chave de mudança, generalizáveis a qualquer unidades de saúde; implementação de procedimentos e normas de prevenção futura; e incentivo/reconhecimento de unidades que implementem práticas de segurança do doente (Ribas, 2010) (ver Quadro 2).

Quadro 2 — Áreas-chave de Intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

Taxonomia — Classificação universal do tipo de eventos adversos
Informação e treino de estudantes e profissionais em segurança do doente
Desenvolvimento de sistema de notificação de eventos adversos
Avaliação das causas e consequências
Identificação de fatores-chave de mudança, generalizáveis a todas as unidades de saúde
Implementação de procedimentos e normas de prevenção futura
Incentivo e reconhecimento de unidades que implementam práticas de segurança do doente

Fonte: Ribas (2010).

Na taxonomia de eventos adversos, o estudo também delimitou as causas mais frequentes de eventos adversos nos Cuidados de Saúde Primários, identificando, classificando e descrevendo as razões pelas quais as falhas ocorrem, bem como elencando estratégias preventivas a fim de minimizar a incidência sistemática de eventos adversos — cujas causas

têm normalmente que ver com o medicamento, o diagnóstico, a comunicação, a organização, o registo, a capacitação ou a notificação. (Ribas, 2010)³

Ou seja, os desafios futuros passam por:

- Aumento da complexidade;
- Desafios e riscos da coordenação de cuidados;
- Benefícios e riscos dos exames de rastreio;
- Benefícios e riscos das tecnologias de informação;
- Impacto da carga do cuidado no doente e cuidadores. (Vincent & Amalberti, 2016)

Ou seja, para avaliar corretamente a qualidade técnica dos CSP, esta deve basear-se não apenas na perceção dos doentes (maioritariamente idosos) mas também em critérios que meçam boas práticas clínicas. Nestes incluem-se indicadores que valorizem as dimensões do processo de saúde: a eficácia clínica; a capacidade organizacional; a relação com o doente; o trabalho interdisciplinar. Sem descurar qualquer aspeto, devem observar-se as dimensões da implementação das linhas diretivas, baseadas na factualidade científica; as necessidades, os valores e as prioridades de cada doente, família e comunidade, envolvidas em cada processo assistencial; o acesso e a equidade, igualmente críticos. (Ribas, 2010; Serapioni, 2009; The Health Foundation, 2011)

Relativamente aos participantes de investigações sobre segurança do doente neste nível de cuidados, os estudos foram feitos sobretudo mediante amostras de tamanho limitado, e a sua maioria referiu-se ao grupo de Medicina Geral e Familiar. Isto não quer dizer que a factualidade de outros grupos não seja importante ou seja desnecessária; pelo contrário, significa que existe mais pesquisa sobre a prática da clínica geral (Nie et al., 2008; Schmidt, Rittenhouse, Wu & Wiley, 2013; Ribas, 2010).

Observando os métodos usados para registar eventos nos CSP, estes são maioritariamente: análise automática de registos; análise de registos ou bases de dados; incidentes notificados e relatados pela equipa; inquéritos e entrevistas às equipas; observação direta; pesquisas junto do doente e revisão de prontuários terapêuticos. A maioria destes métodos sofre um desvio potencial, podendo deixar-se afetar por enviesamentos de memória e potencialmente por enviesamentos de conveniência social. Os métodos não voluntários, como os gráficos, são demorados e podem ser facilmente manipuláveis. Em suma, os métodos maioritariamente usados são observacionais: assistir à prestação de cuidados e participar em

³ (ver anexo A)

reuniões de equipa (American Medical Association, 2011; Halligan & Zecevic, 2011; The Health Foundation, 2011; Sandars & Esmail, 2003; Yaphe, 2012 b).

Efetivamente, parece não existir um consenso sobre a melhor forma de identificar os eventos adversos mais frequentes nos CSP, mas existe consenso sobre a necessidade da sua identificação e estudo sistemático. Estes deverão ser feitos com recurso a uma taxonomia universal do tipo de eventos, que poderá facilitar o suporte emocional ao profissional que tenham cometido um evento e analisar corretamente a sua origem (individualmente, em equipa, com o doente e família). Ou seja, é mais do que evidente a necessidade de novas taxonomias e abordagens neste nível de cuidado (Amalberti & Brami 2012; Brami & Amalberti 2010; Liu et al., 2014; Ribas 2010; Sandars & Esmail, 2003; Yaphe 2012, a, b).

Também se recomenda amplamente a avaliação da cultura de segurança do doente em Cuidados de Saúde Primários. As dimensões mais importantes da cultura de segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários passam por: aprendizagem organizacional com base num incidente ocorrido no âmbito da segurança do doente; comprometimento de todos com a qualidade; comunicação de assuntos sobre segurança; educação e treino das equipas em assuntos relacionados com a segurança; gestão pessoal de assuntos de segurança; investigação dos incidentes que propiciam a insegurança do doente; perceção das causas que levam a incidentes na segurança do doente e a respetiva identificação; a prioridade dada à segurança do doente; trabalho em equipa baseada na segurança. (Kirk et al., 2007)

Em Portugal, de 2015 em diante, e a cada dois anos, passou a estabelecer-se que se avaliaria a cultura de segurança do doente nos CSP por meio de um questionário aplicado aos colaboradores dos Centros de Saúde em funções houvesse pelo menos três meses, através do Medical Office Survey on Patient Safety da Agency for Healthcare Research and Quality (DGS, 2017). A avaliação inclui as seguintes dimensões:

- abertura na comunicação;
- apoio pela gestão de topo;
- aprendizagem organizacional;
- comunicação do evento adverso;
- formação e aprendizagem dos profissionais;
- perceções gerais sobre qualidade e segurança do doente: pressão e ritmo de trabalho; processos administrativos e uniformização de procedimentos;
- seguimento do doente e trabalho em equipa (DGS, 2017).

Um estudo-piloto realizado em 2015 sobre a segurança do doente nos CSP indicou uma forte apreensão com as dimensões: “pressão e ritmo de trabalho; apoio pela gestão de topo e formação e treino dos profissionais” (DGS, 2017, p. 4). No ano de 2015, também se avaliou a cultura de segurança do doente nos hospitais (com participação pouco expressiva por parte dos privados), indicando uma baixa cultura de notificação e aprendizagem. Indicou que existe potencial de melhoria a curto prazo, sobretudo no apoio dado pela gestão à segurança do doente, na frequência da notificação, no trabalho entre unidades, na dotação de profissionais e na resposta não punitiva ao evento (Despacho n.º 1400-A, 2015; Direção Geral da Saúde, 2015).

Outras ferramentas que no futuro serão cruciais para que se efetive a segurança do doente no local são o processo de acreditação (ainda voluntário) e a contratualização externa e interna — que nos ACES as respetivas unidades funcionais têm de fazer entre si e junto da respetiva Administração Regional de Saúde (ARSLVT) 2017; Faria & Moreira, 2009; MS, 2015).

Analisando a acreditação em saúde, esta é, tal como a segurança do doente, uma prioridade estratégica da ENQS. Ou seja, é crucial que se qualifiquem e acreditem cada vez mais unidades de saúde em Portugal, o que começa a acontecer voluntariamente (Faria & Moreira, 2009; MS, 2015).

O modelo oficial de acreditação das unidades de saúde do SNS, aprovado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto, é o modelo de acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), uma fundação pública espanhola sob a tutela do Ministério da Saúde de Andaluzia cuja missão é promover o modelo de qualidade Andaluz, bem como o conhecimento e a investigação nesta área (Mendes, 2012).

A escolha deste justifica-se pela satisfação de critérios como a sustentabilidade do modelo e a sua transversalidade, assim como a facilidade de adaptação aos vários tipos de unidades que constituem o Sistema de Saúde Português; além disso, por ter sido testado e concebido para um sistema de saúde de organização semelhante e para uma população igualmente semelhante numérica e epidemiologicamente. No entanto, existem sempre diferenças quanto à legislação e à própria organização do sistema de saúde que requerem a adaptação do modelo à realidade portuguesa, não ignorando a necessidade de tradução e adaptação. Para implementar o modelo, será necessário divulgar, formar auditores e profissionais, adaptar os manuais normativos, criar comissões para aplicar o modelo nas suas vertentes e revê-lo periodicamente, em parceria com a ACSA (Oliveira, 2007).

Destina-se a instituições ou serviços de saúde do Sistema de Saúde Português, entre os quais os cuidados primários, hospitalares e continuados, e abrange outras áreas de acreditação, como as competências profissionais. É um programa voluntário, transversal, progressivo e

integral, desenvolvido por profissionais de saúde com conhecimento da gestão da qualidade e da prática clínica. Baseia-se no conceito de auditoria interpares e apoia-se numa metodologia de trabalho que fomenta o trabalho em equipa e a partilha do conhecimento de boas práticas e elementos de qualidade através de uma plataforma informática (Mendes, 2012).

Baseia-se em três áreas: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão de competências; e contempla cinco dimensões da qualidade, cada uma com um conjunto de requisitos normativos, sobre os quais incide a avaliação na acreditação (Mendes, 2012). Os requisitos normativos têm diferentes graus de exigência e complexidade e são classificados em três grupos:

- Requisitos que correspondam a elementos prioritários do SNS, como os direitos e segurança dos cidadãos. Contempla também alguns requisitos obrigatórios;
- Requisitos que correspondam a elementos associados a um maior desenvolvimento da organização, como as tecnologias e sistemas de informação;
- Requisitos de elementos de referência, como a inovação. Cada unidade de saúde atinge progressivamente três níveis de acreditação — Bom, Ótimo e Excelente — mediante o cumprimento de requisitos abrangidos em cada grupo. (Mendes, 2012)

O processo de acreditação desenrola-se em diversas fases, iniciando-se com o pedido de adesão e candidatura ao Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), que cria as condições para a autoavaliação. Esta fase, talvez a mais importante de todo o processo, tem o prazo de um ano e representa uma oportunidade para as organizações refletirem as suas práticas, avaliarem o seu grau de cumprimento dos requisitos, determinarem os objetivos da acreditação e planearem as melhorias necessárias. Finda essa fase, é realizada uma avaliação externa, observando e analisando a documentação para evidenciar a importância das informações introduzidas na plataforma e a conformidade com os requisitos do manual. Feita a avaliação, é elaborado um relatório para atribuição do respetivo nível de acreditação. O certificado outorgado pelo DQS tem a validade de cinco anos e atesta a acreditação de unidades de saúde, durante os quais se realizam auditorias de acompanhamento para garantir a continuidade das boas práticas, renovada por nova auditoria (Mendes, 2012).

Este processo é crucial para as organizações de saúde, sobretudo para a reforma dos cuidados de saúde primários, e conseqüentemente para que se obtenham cuidados seguros. A contratualização em saúde é uma ferramenta estruturante e essencial no processo de reengenharia organizacional, sobretudo pela complexidade dos cuidados; pela autonomia funcional e diferenciação dos atores; pelos contextos em constante mudança, exigindo monitorização, avaliação e adaptação contínuas. (ACSS, 2017 a)

O processo de contratualização conduz a uma gestão descentralizada, e os contratos de desempenho são definidos como um conjunto de instrumentos de gestão utilizados para responsabilizar cada uma das partes envolvidas e atingir os resultados mutuamente acordados (ACSS, 2017 a, b; Santos, 2010).

O objetivo desta profunda mudança é assegurar uma prestação de cuidados de saúde de proximidade com qualidade, respondendo de forma eficiente e efetiva às necessidades da população, permitindo:

1. Melhorar e simplificar a sua metodologia de aplicação prática;
2. Garantir a sua adequação às necessidades em saúde da população, tornando-a mais transparente, adequada, justa e efetiva;
3. Fomentar a integração e a continuidade de cuidados;
4. Basear-se num modelo de avaliação do desempenho assistencial verdadeiramente multidimensional, centrado na pessoa, focado nos resultados e orientado pelo processo de cuidados;
5. Definir um modelo de atribuição de incentivos que, cumprindo a sua finalidade de ser um instrumento de gestão por objetivos, garanta o reconhecimento dos níveis de desempenho das unidades funcionais, numa perspetiva de melhoria contínua. (ACSS, 2017 a)

A contratualização é uma ferramenta que culmina num processo negocial entre dois níveis diferentes da organização, que tem como principais valores a Transparência, o Rigor, o Envolvimento, a Racionalidade, a Proximidade e a Liderança. Associado a esta maior autonomia, está também um maior sentido de responsabilização das unidades funcionais, que devem procurar uma maior racionalidade na utilização de recursos e na obtenção de melhorias na saúde das populações servidas (ACSS, 2017 a; Santos, 2010).

A contratualização externa é entre a ARS e os ACES, formalizada através de assinatura do Plano de Desempenho e do Contrato Programa. Por sua vez, a contratualização interna é feita entre o ACES e as suas Unidades Funcionais. Aquela pretende definir a atividade a desenvolver pelas diferentes unidades funcionais inseridas no ACES como resposta às necessidades em saúde da população e às prioridades assistenciais definidas de acordo com o perfil epidemiológico da população a servir, culminando na assinatura da carta de compromisso, orientadora da atividade da unidade durante a contratualização. (ACSS, 2017 b)

A contratualização é habitualmente negociada segundo um plano plurianual (3 anos) com metas anuais, centrado no utente (pessoa/cidadão/família/comunidade), tendo por base a gestão dos percursos integrados em saúde — entre o resultado esperado e a respetiva variação aceitável.

O Plano de Ação deve ser organizado numa Matriz de Desempenho Multidimensional e abrange as seguintes áreas:

- Desempenho;
- Serviços;
- Qualidade Organizacional;
- Formação;
- Atividade Científica. (ACSS, 2017 b)

E é precisamente ao nível da área da qualidade organizacional que se inclui e se pretende medir a segurança de doentes e profissionais e a vertente da gestão de risco, apesar de ainda estar previsto que o ano de 2017 seja apenas monitorizado (ACSS, 2017 b).

A contratualização recorre a indicadores que visam detetar cuidados abaixo dos padrões de qualidade relativamente à estrutura, aos processos e resultados, e viabiliza um processo de melhoria da qualidade em serviços de saúde. O uso de indicadores permite a monitorização, o planeamento e a implementação de medidas de melhoria da qualidade, que no futuro poderão orientar o doente na escolha dos serviços de saúde. (AVNS, 2017)

Pela compreensão adquirida de que a segurança do doente desempenha um papel fulcral nos CSP, importa entender como é que em Portugal se organiza este nível de cuidados de saúde: o próximo assunto em análise.

2.4 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os Cuidados de Saúde Primários são parte integrante do Sistema de Saúde Português, constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), por todas as entidades públicas e privadas e por todos os profissionais de saúde que, com este, estabeleçam acordos, contratos e convenções para a prestação de cuidados de saúde e uma ampla gama de prestação de cuidados de saúde. Inclui as tecnologias e os procedimentos clínicos que o conhecimento científico aconselha no combate às doenças (Decreto-Lei n.º 177, 2009; MS, 2012).

O SNS português é reconhecido internacionalmente como um exemplo de sucesso, pois os serviços públicos portugueses conseguiram melhorar nos últimos anos um número considerável de indicadores de saúde (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

O SNS é o núcleo essencial do Sistema de Saúde Português; é uma entidade pública, criada em 1979, que garante que todos os cidadãos têm acesso ao direito constitucional da proteção e promoção da sua saúde. É um serviço solidário e universal, de coesão na sociedade portuguesa, decisivo para manter e melhorar os níveis de saúde, de bem-estar e qualidade de

vida da população (Decreto-Lei n.º 177, 2009; MS, 2012). Ou seja, o SNS é património, construído e pago pelos Portugueses, que dele esperam retirar benefícios em saúde. É também, onde trabalha uma parte importante dos profissionais de saúde (Decreto Lei n.º 48, 1990; OPSS, 2013).

A forma de atuar e os meios disponíveis orientam-se para a promoção da saúde e prevenção de doenças, garantindo que todos os cidadãos têm acesso a cuidados de medicina preventiva, curativa, reabilitação (além da sua condição económica) (Assembleia da República, 2005; MS, 2015). Por isso, a Constituição da República Portuguesa estabelece no artigo 12º a universalidade do Serviço Nacional de Saúde, ou seja, todo o cidadão tem direito à proteção da saúde, e o igual dever de a promover e defender. Isto é, a universalidade admite a cobertura de serviços prestadores de cuidados de saúde, de serviços públicos de saúde que se estendam, o mais possível, a toda a população. No artigo 13º, estabelece-se a equidade, a garantia que o cidadão tem acesso à prestação de cuidados de saúde que, perante a Lei, se realiza em condições de igualdade e dignidade social.

De acordo com o artigo 64º da Constituição da República, todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. O direito à proteção da saúde é realizado através de um SNS universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito, difundindo proteção ao cidadão no longo do ciclo de vida. O SNS deve ter gestão descentralizada e participada (AR, 2005; Decreto Lei n.º 48, 1990).

Os serviços de saúde deverão também criar sustentabilidade e facilitar a alocação de recursos habitualmente escassos e limitados, a sua qualificação e o seu progresso técnico-científico, e ao mesmo tempo tentar alcançar a efetividade, a eficiência e a equidade (Decreto-Lei n.º 177, 2009). Fortalecidas a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, os desafios da qualidade e da segurança passam a constituir-se como a prioridade máxima do Sistema de Saúde Português (MS, 2016).

A conceção integral de saúde desafia os serviços prestadores a integrarem um quadro de melhoria contínua da qualidade, metas de promoção da saúde e de prevenção de doenças, da mesma forma que incorporam a prestação de cuidados curativos, reabilitadores ou paliativos. Desse modo, a prestação de cuidados de saúde de excelência deve ser um dos principais objetivos das organizações de saúde, contribuindo para a saúde do cidadão, simultaneamente adaptando-se às circunstâncias atuais da sociedade, modernizando-se com base numa profunda reflexão entre disponibilidade e necessidade (MS, 2016; OPSS, 2013; 2015; 2016).

E, por tudo o que foi indicado, o Programa do XVII Governo Constitucional redefiniu que o sistema de saúde se reorganizasse em todos os níveis, que colocasse a centralidade no

cidadão e que transferisse o mais possível os cuidados para os Centros de Saúde, um local que passaria a assumir-se como o *pilar central* de ligação entre o SNS e o utente: o principal acesso a cuidados de saúde. Sugeriu-se que a reorganização fosse progressiva, flexível e consensual, feita com os recursos disponíveis e beneficiando de experiência acumulada com os modelos anteriores (Missão Cuidados Saúde Primários, 2006). Também a OMS se refere aos CSP como sendo a verdadeira porta de entrada no sistema de saúde, pois é a melhor forma de aliviar as estruturas hospitalares e de os sistemas de saúde obterem melhores resultados de saúde para a população em equidade, em adequação de serviços e em custos reduzidos. Consequentemente, tal leva a uma maior satisfação do utilizador (Beasley et al., 2011; MCSP, 2006; OPSS, 2013). A evidência científica a nível internacional indica que os sistemas de saúde baseados em cuidados primários, com profissionais altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior efetividade, tanto em termos de custos, como em termos clínicos em comparação com os sistemas, cuja orientação para os cuidados primários é mais ténue (Coordenação Nacional para Reforma Serviço Nacional Saúde, 2016).

Por isso mesmo, é considerada a *green medicine*, pelo seu potencial de melhorar as condições sociais, defender uma saúde equitativa e, simultaneamente, promover a sustentabilidade (COTEC, 2016). Baseia-se sobretudo em 4 elementos cruciais: haver o primeiro contacto (*gatekeepers*), ser longitudinal (ao longo da vida), ser compreensiva (globalis e holísticos) e coordenar os restantes níveis de cuidados (COTEC, 2016; OMS, 2017).

Em suma, a reorganização dos CSP iniciada em Portugal em 2006 foi observada como a mais importante e original reforma da administração pública da saúde das últimas décadas; como a resposta atempada às necessidades das populações; como um dispositivo que monitoriza impactos, disponibiliza informação para decisão política e minimiza efeitos negativos na saúde da população. Veio ainda permitir a criação de contextos organizacionais favoráveis à mudança de comportamentos (Coordenação Nacional para Reforma Serviço Nacional Saúde, 2016; OPSS, 2013, 2015, 2016).

Estrategicamente, definiram-se 4 eixos de modernização:

- (1) centralidade nas pessoas;
- (2) uma cultura de governação clínica e de saúde;
- (3) modernização e qualidade organizacional e gestacionária dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
- (4) sistemas de informação ao serviço de todos (Biscaia, Pereira, Cardeira & Fehn, 2017).

E, ao conhecer de outro prisma os CSP, compreendeu-se que, estrategicamente, a sua evolução assenta na modernização e na qualidade organizacional e gestacionária dos Centros

de Saúde nos ACES, um assunto a observar em maior detalhe no próximo tema (Decreto-Lei n.º 28, 2008; MCSP, 2006).

2.5 AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

Nos termos do artigo 4.º do Decreto-lei n.º 28, 2008, os Centros de Saúde nacionais agrupam-se em ACES, que correspondem a nomenclaturas de unidades territoriais para fins estatísticos (NUTS III), a um agrupamento de concelhos, a um concelho ou a grupos de freguesias, para combinar mais eficientemente recursos disponíveis e determinados fatores geodemográficos. Os ACES são constituídos pelos Centros de Saúde sediados nas localidades que o formam.

As suas missões e atribuições passam por:

(1) garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica;

(2) desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados;

(3) desenvolver ações de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados, e participarem na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, quer pré-graduada, quer pós-graduada e contínua (Decreto-Lei n.º 28, 2008).

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários também destacou outras atribuições dos ACES, decisivas para a reforma de sucesso nos Centros de Saúde e para incorporar e formar recursos humanos em todos os setores profissionais. Estas atribuições têm base em necessidades reais e na urgência da modernização de competências, sustentadas na melhoria da qualidade e na segurança do doente (Decreto-Lei n.º 28, 2008; MCSP, 2006).

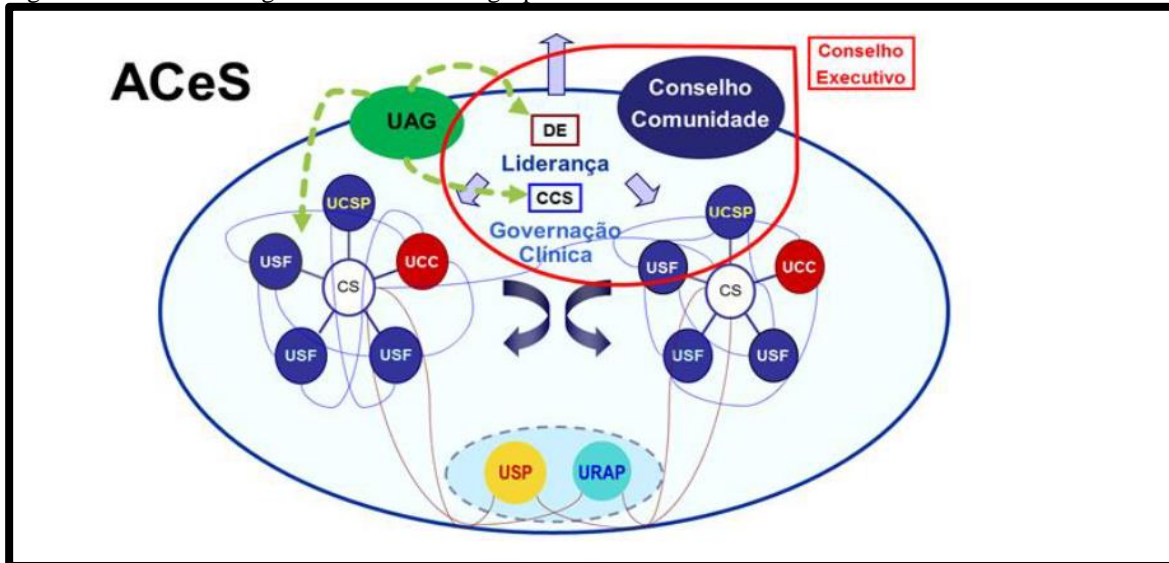
Estruturalmente, um ACES é organizado de acordo com a Figura 4: é dirigido por um diretor executivo e composto por um conselho clínico, por um conselho de comunidade, por uma unidade de apoio à gestão (UAG), pelo gabinete do cidadão e pela Comissão de Qualidade e Segurança, todos na dependência da Direção Executiva. Na UAG concentram-se os serviços não assistenciais do ACES, que prestam apoio administrativo e geral aos órgãos de administração e às unidades funcionais. Ao Gabinete do Cidadão compete verificar condições do acesso do doente aos cuidados de saúde, informá-lo dos seus direitos e deveres enquanto utilizador dos cuidados de saúde primários, receber e responder às suas observações, sugestões e reclamações e verificar regularmente o seu grau de satisfação (ACES Lezíria, 2016; Decreto Lei n.º 28, 2008). A Direção Executiva gere as atividades, os recursos humanos, financeiros e

de equipamento do ACES. O Conselho Clínico e de Saúde é composto por um presidente (médico) e até quatro vogais (pelo menos um médico, um enfermeiro e um outro profissional de saúde), em que todos exercem funções no ACES. Este promove a governação clínica e de saúde e assegura que todos os profissionais e unidades funcionais do Agrupamento se orientem para a obtenção de ganhos em saúde, garantindo a adequação, a segurança, a efetividade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados e a satisfação dos utentes e dos profissionais. O Conselho da Comunidade dá sobretudo parecer sobre os planos plurianuais e anuais de atividades do Agrupamento de Centros de Saúde e respetivos orçamentos antes de serem aprovados. Para além disso, acompanha a execução dos planos de atividade podendo, para tal, obter do diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde as informações necessárias. Alerta ainda o diretor executivo para factos reveladores de deficiências graves na prestação de cuidados de saúde. Por fim, ao presidente compete representar o Conselho da Comunidade; convocar e dirigir as reuniões; e assegurar a ligação do conselho da comunidade aos outros órgãos do ACES, especialmente ao diretor executivo (ACES Lezíria, 2016; Decreto Lei n.º 28, 2008) (ver Figura 4).

Para levar a cabo a sua Missão e Valores, os Centros de Saúde (CS) que compõem os ACES passaram a englobar diferentes unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde:

1. Unidade de Saúde Familiar (USF);
2. Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
3. Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
4. Unidade de saúde pública (USP);
5. Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
6. Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva Administração Regional de Saúde, aprovados por despacho do Ministro da Saúde (Decreto-Lei n.º 28, 2008) (ver Figura 4).

Figura 4 — Estrutura organizacional de um agrupamento de Centros de Saúde



Fonte: Adaptado da Coordenação Nacional da Reforma do Serviço Nacional de Saúde (2016).

Em cada Centro de Saúde constituinte de um ACES está, pelo menos, uma Unidade de Saúde Familiar ou uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, ou até uma Unidade de Cuidados na Comunidade ou serviços desta (Decreto-lei n.º 28, 2008).

Em cada ACES existe uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (Decreto-lei n.º 28, 2008) (Figura 4).

Em 2013, funcionavam 368 Unidades de Saúde Familiares, o que corresponde a 4 552 036 utentes abrangidos, envolvendo 2576 médicos e 2547 enfermeiros; em 2014, funcionavam 396 USF⁴ (Machado, 2014).

Segundo Biscaia et al. (2017), a 5 de maio de 2017, as USF já cobriam mais de metade da população. Por outro lado, a prática de intervenção comunitária tem-se desenvolvido, principalmente nas Unidades de Cuidados na Comunidade, com uma população de “cerca de 7 751 070 utentes em 191 Unidades de Cuidados na Comunidade” em 2013 (OPSS, 2013, p. 81). Estes serviços de saúde devem crescer de modo a aproximar os serviços de saúde das comunidades das pessoas em maior situação de dependência (OPSS, 2017) (Figura 4).

Seguidamente, descrever-se-á brevemente cada unidade funcional previamente referida.

2.5.1 Unidade de Saúde Familiar

Das unidades funcionais de um ACES, as USF passaram a estar na linha da frente dos CSP. Estas oferecem cuidados acessíveis, acompanhamento global e longitudinal no processo de saúde numa vida e não apenas em episódios de doença. Articula-se com outras estruturas ou

⁴ (<http://www.biusf.pt/Pages/HomePage.aspx>).

profissionais, promovendo no cidadão a autonomia e a autorresponsabilização nas decisões e ações que lhe dizem respeito, possibilitando maiores ganhos em saúde, e uma maior proximidade ao doente (Lobo, 2008; Machado, 2014). São as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, assentes em equipas multiprofissionais constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo, (Decreto Lei n.º 298, 2007). A área geográfica tem um mínimo de 4,000 e um máximo de 18,000 indivíduos.

De acordo com o artigo n.º 6, o modelo de trabalho e de produção de cuidados assenta num plano de ação do qual consta o compromisso assistencial, objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. Aos profissionais aplica-se um regime de suplementos associado à lista de utentes, ponderada quanto às características num sistema de contratualização anual de atividades específicas de vigilância a utentes mais vulneráveis ou de risco (Decreto Lei n.º 298, 2007). Estas atividades são coordenadas por um médico, responsável pela parte médica, e um enfermeiro, responsável pela equipa de enfermagem. O coordenador da equipa é um médico da carreira de clínica geral com, pelo menos, a categoria de assistente e cinco anos de exercício profissional naquela categoria (Decreto-Lei n.º 28, 2008). A equipa multiprofissional deve “potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável.

A lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento são elaboradas pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde e Administração Central do Sistema de Saúde, IP, e aprovadas por despacho do Ministro da Saúde” (Decreto-Lei n.º 298, 2007, p. 5588). Estes três modelos de desenvolvimento são então A, B e C. Uma vez que nem todas as USF estão no mesmo patamar de desenvolvimento organizacional, os modelos são diferenciadores e procuram refletir o grau de autonomia organizacional. As USF mais comuns pertencem ao modelo A — porta de entrada —, cuja finalidade é de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa e também do desenvolvimento de uma prática de contratualização interna. Esta é uma fase-chave, sobretudo quando não está suficientemente instituído o trabalho em equipa e a avaliação de desempenho técnico. Inerente aos modelos A e B está um sistema de contratualização e um modelo de gestão/avaliação da produção de cuidados e do trabalho dos profissionais, por sua vez associado a modelos de diferenciação salarial ou incentivos institucionais. Na prática, a contratualização representa um conjunto de princípios e lógicas de gestão importados do sector empresarial, vulgarmente designadas por “nova gestão pública”. Concretamente no modelo B, as unidades têm um regime retributivo

especial para todos os profissionais, integrando uma retribuição base, suplementos e compensações. O modelo C assenta em parcerias com organizações privadas (Decreto Lei n.º 298, 2007; Teixeira, 2014) (Figura 4).

2.5.2 Unidade de Cuidados na Comunidade

A recente reorganização dos Cuidados na Comunidade, sobretudo com a criação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), constitui uma importante janela da capacitação dos cidadão e serviços de saúde. Passou a ter um papel mais ativo na gestão da doença, acedendo a serviços adequados; a cuidados de saúde de forma integrada e com especiais preocupações de eficiência técnica; a garantia de monitorização contínua da qualidade da prestação de cuidados e da segurança; e a satisfação dos doentes (Escoval et al., 2010). É uma das unidades funcionais dos ACES, desenvolvendo a sua atividade com autonomia organizativa e técnica em intercooperação com as demais unidades funcionais, indispensável ao cumprimento da sua missão. Está sediada nas instalações de cada Centro de Saúde pertencente ao respetivo concelho e abrange uma área geodemográfica de influência do local, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional, e oferecendo cuidados de saúde e apoio psicológico de âmbito domiciliário e comunitário a grupos sociais mais vulneráveis em situação de risco de dependência física ou funcional. O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local com equipas de cuidados continuados integrados (Decreto-Lei n.º 137, 2013).

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. É uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida. Adicionalmente, rege-se pelos seguintes princípios: cooperação, solidariedade e trabalho de equipa; autonomia assente na auto-organização funcional e técnica; articulação efetiva com as outras unidades funcionais do Agrupamento, parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras) e gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional (Decreto-Lei n.º 137, 2013). Ou seja, a pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores

de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou competências, violência ou negligência (Decreto-Lei n.º 137, 2013). A equipa é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. O coordenador é designado entre os enfermeiros com o título de enfermeiro especialista e com experiência relevante na área profissional (Decreto-Lei n.º 137, 2013) (Figura 4).

2.5.3 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) são definidas como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde personalizados à população circunscrita numa determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos (Decreto Lei n.º 28, 2008). Dependem hierarquicamente do ACES, e têm a mesma carteira básica de serviços a cumprir que uma USF. Deseja-se que evoluam voluntariamente para USF (Decreto Lei n.º 28, 2008) (Figura 4).

2.5.4 Unidade de Saúde Pública

A equipa da Unidade de Saúde Pública (USP) é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública. As funções de autoridade de saúde são exercidas, a nível dos ACES, por médicos de saúde pública que são nomeados nos termos de legislação própria (Decreto-Lei n.º 137, 2013).

O coordenador da USP é designado de entre médicos com o grau de especialista em saúde pública com experiência de, pelo menos, três anos de exercício ininterrupto de funções em serviços de saúde pública (Decreto-Lei n.º 137, 2013).

Na USP, os profissionais prestam serviços de consultoria e assistências nas restantes unidades funcionais numa lógica de partilha de recursos. A USP é compreendida como um observatório de saúde da área geodemográfica do ACES, tendo como principais funções elaborar informação e planos no domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de prevenção e promoção. Compete-lhe, na área geodemográfica do ACES em que se integra, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e gestão da saúde da população em geral ou de grupos específicos e

colaborar de acordo com a legislação vigente no exercício das funções de autoridade de saúde (Decreto-Lei n.º 137, 2013) (Figura 4).

2.5.5 Unidade Recursos Assistenciais Partilhados

A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) é destinada a prestar serviços de consultoria e assistência às unidades descritas, com as quais estabelece uma lógica de atividade em rede e estabelece ligações “funcionais” com os serviços hospitalares.

Tem como função prestar serviço de consultoria e assistência a outras unidades do ACES, promover o trabalho em equipa entre vários profissionais das várias Unidades de Saúde do Agrupamento, contribuindo para uma maior eficiência e eficácia dos cuidados de saúde primários, visando a obtenção de ganhos em saúde. A equipa da URAP é composta por médicos de várias especialidades que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais (Decreto-Lei n.º 137, 2013).

O coordenador da URAP é designado de entre profissionais de saúde com pelo menos cinco anos de experiência na área profissional (Decreto-Lei n.º 137, 2013), e pelo diretor executivo do Agrupamento, depois de ouvido o Conselho Clínico e de Saúde. A URAP congrega vários profissionais, com competências diversas, nomeadamente médicos de especialidades que não de medicina familiar e de saúde pública, os quais já se encontram integrados noutras unidades funcionais do Agrupamento, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e ainda outros técnicos com competências diferentes das enumeradas que estejam ou venham a ser integrados no Agrupamento. Dependendo do histórico dos centros de saúde, integrarão esta unidade todos os técnicos das áreas de meios complementares de diagnóstico já existentes ou que venham a ser afetados. Estes profissionais poderão disponibilizar a totalidade ou parte do seu horário de trabalho às atividades inerentes a esta unidade, sendo o restante tempo dedicado ao desenvolvimento de intervenções ou programas da responsabilidade de outras unidades funcionais. O Centro de Diagnóstico Pneumológico, nos casos em que exista na área de influência do Agrupamento, deverá ser integrado nesta unidade, respeitando-se a especificidade da sua intervenção e autonomia funcional. Tal como as restantes unidades funcionais do Agrupamento, é conferida à URAP autonomia organizativa, funcional e técnica em função dos objetivos e metas assumidas com a coordenação do Agrupamento (Decreto-lei n.º 28, 2008) (Figura 4).

Aos coordenadores das unidades funcionais compete: programar as atividades da unidade, elaborando o plano anual de ação com a respetiva dotação orçamental previsional; assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objetivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no Agrupamento; assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade; promover a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas, ouvindo os profissionais da unidade; elaborar o regulamento interno e o relatório anual de atividades da unidade que deve propor ao Diretor Executivo; e representar a unidade perante o Diretor Executivo (Decreto-Lei n.º 28, 2008). Aqueles entendem a importância de todos e de cada unidade funcional que um ACES pode conter nos CSP. Compreende-se ainda que os grupos de profissionais de saúde têm um papel forte e de destaque no âmbito da reforma dos CSP enquanto agentes que podem nas suas ações diárias introduzir uma segurança do doente efetiva. Por isso, passam a descrever-se sumariamente os principais grupos de profissionais de saúde que normalmente atuam no contexto dos CSP: medicina geral e familiar, enfermagem, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, e técnicos superiores (Figura 4).

2.6 GRUPOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE

2.6.1 Medicina Geral e Familiar

A carreira especial médica organiza-se por áreas de exercício profissional: áreas hospitalar, medicina geral e familiar, saúde pública, medicina legal e medicina do trabalho. Estas podem vir a ser integradas, de futuro, noutras áreas. Cada uma delas prevista no número anterior tem formas de exercício adequadas à natureza dessa mesma atividade que desenvolve, e é objeto de definição em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho (Decreto-Lei n.º 177, 2009).

Considera-se médico o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde; e apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde. A integração na carreira médica determina o

exercício das correspondentes funções. Este exerce a sua atividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, através do exercício correto das funções assumidas, coopera com outros profissionais cuja ação seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas (Decreto-Lei n.º 177, 2009). Ou seja:

1. Os trabalhadores integrados na carreira médica estão obrigados ao cumprimento dos deveres gerais estabelecidos para os trabalhadores que exercem funções públicas.

2. Sem prejuízo do conteúdo funcional inerente à respetiva categoria, os trabalhadores integrados na carreira médica estão obrigados, no respeito pelas *leges artis*, com observância pela autonomia e características técnico-científicas inerentes a cada especialidade médica, ao cumprimento dos seguintes deveres profissionais:

a. Exercer a sua profissão com respeito pelo direito à proteção da saúde dos utentes e da comunidade;

b. Esclarecer devidamente o utente sobre os cuidados a prestar e sobre aqueles que foram prestados, assegurando a efetividade do consentimento informado;

c. Exercer as suas funções com zelo e diligência, assegurando o trabalho em equipa, tendo em vista a continuidade e garantia da qualidade da prestação de cuidados e a efetiva articulação de todos os intervenientes;

d. Participar em equipas para fazer face a situações de emergência ou catástrofe;

e. Observar o sigilo profissional e todos os demais deveres éticos e princípios deontológicos;

f. Atualizar e aperfeiçoar conhecimentos e competências na perspetiva de desenvolvimento pessoal, profissional e de aperfeiçoamento do seu desempenho;

g. Colaborar com todos os intervenientes no trabalho de prestação de serviços de saúde, favorecendo o desenvolvimento de relações de cooperação, respeito e reconhecimento mútuo (Decreto-Lei n.º 177, 2009).

2.6.2 Enfermagem

O nível habilitacional exigido para a carreira especial de enfermagem corresponde aos requisitos prescritos para a atribuição, pela Ordem dos Enfermeiros, de título definitivo de enfermeiros numa atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, embora dotada de igual nível de dignidade e autonomia de exercício profissional (Decreto-Lei n.º 248, 2009).

A carreira especial de enfermagem organiza-se por áreas de exercício profissional e de cuidados de saúde, tais como as áreas hospitalar e de saúde pública, bem como de cuidados

primários, continuados e paliativos na comunidade pré-hospitalar e de enfermagem no trabalho, podendo vir a ser integradas, de futuro, outras áreas. Os trabalhadores integrados na carreira de enfermagem estão adstritos no respeito pela *legis artis* ao cumprimento dos deveres éticos e princípios deontológicos a que estão obrigados pelo respetivo título profissional, exercendo a sua profissão com autonomia técnica e científica e respeitando o direito à proteção da saúde dos utentes e da comunidade. Estão igualmente sujeitos, para além da observância do dever de sigilo profissional, ao cumprimento dos seguintes deveres funcionais: a) o dever de contribuir para a defesa dos interesses do utente no âmbito da organização das unidades e serviços, incluindo a necessária atuação interdisciplinar, tendo em vista a continuidade e garantia da qualidade da prestação de cuidados; b) o dever de esclarecer devidamente o utente sobre os cuidados a prestar e prestados, na medida das suas competências, assegurando a efetividade do consentimento informado (Decreto-Lei n.º 248, 2009).

O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respetivas qualificações e competências em enfermagem, nomeadamente:

a) Identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efetuar os respetivos registos, bem como participar nas atividades de planeamento e programação do trabalho de equipa a executar a respetiva organização interna;

b) Realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional;

c) Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade;

d) Participar e promover ações que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde;

e) Assessorar as instituições, serviços e unidades, nos termos da respetiva organização interna;

f) Desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e a eficiência;

g) Recolher, registar e efetuar o tratamento e a análise de informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais na área da saúde;

h) Promover programas e projetos de investigação nacionais ou internacionais, bem como participar em equipas e/ou orientá-las;

- i) Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como o de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
- j) Integrar júris de concursos ou outras atividades de avaliação dentro da sua área de competência;
- l) Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização;
- m) Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos, adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar;
- n) Desenvolver e colaborar na formação realizada na respetiva organização interna;
- o) Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que diga respeito à definição e utilização de indicadores;
- p) Orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros, em contexto académico ou profissional (Decreto-Lei n.º 248, 2009).

2.6.3 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

A carreira dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) encontrava-se até recentemente regulamentada no Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de dezembro. Integram a carreira especial de TSDT os trabalhadores cujas funções correspondem a profissões de saúde que envolvam o exercício de atividades técnicas de diagnóstico e terapêutica; designadamente, ocupações relacionadas com as ciências biomédicas laboratoriais, da imagem médica e da radioterapia, da fisiologia clínica e dos bio-sinais, da terapia e reabilitação, da visão, da audição, da saúde oral, da farmácia, da ortoprotesia e da saúde pública. Estas devem ser exercidas com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, sem prejuízo da intercomplementaridade funcional com os outros profissionais de saúde também integrados em equipas multidisciplinares (Decreto-Lei n.º 111, 2017).

A carreira de TSDT organiza-se, portanto, por áreas da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente hospitalar, saúde pública, cuidados de saúde primários, continuados e paliativos, docência e investigação, podendo no futuro vir a ser integradas outras áreas (Decreto-Lei n.º 111, 2017).

De acordo com o seu perfil, os profissionais devem:

- a) Atuar em conformidade com a informação clínica, com o pré-diagnóstico, com o diagnóstico e com o processo de investigação ou identificação. Assim, cabe-lhes conceber, planear, organizar, aplicar, avaliar e validar o processo de trabalho no âmbito da respetiva profissão, com o objetivo da promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e reinserção;

b) Validar, ponderar e avaliar criticamente o resultado do seu trabalho, assumindo a responsabilidade pelos cuidados de saúde prestados, e assessorar as instituições, serviços e estabelecimentos de saúde emitindo pareceres de acordo com as qualificações detidas e profissão exercida;

c) Prestar cuidados e intervir sobre indivíduos, conjunto de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde;

d) Assumir responsabilidades de gestão e promover o desenvolvimento profissional, bem como participar em auditorias clínicas e de investigação para o desenvolvimento da prática profissional e da sua base científica;

e) Participar em processos de licenciamento de equipamentos e infraestruturas na área da respetiva profissão (Decreto-Lei n.º 111, 2017).

2.6.4 Técnicos Superiores de Saúde

O Técnico Superior de Saúde pertence a uma carreira de regime especial, cujo estatuto legal consta do Decreto-Lei n.º 414 de 1991, para os trabalhadores detentores de vínculo de trabalho em funções públicas — contrato de trabalho em funções públicas. A carreira desenvolve-se pelas categorias de assistente, assistente principal, assessor e assessor principal, e encontra-se agrupada por ramos de atividade: engenharia sanitária, farmácia, física hospitalar, genética, laboratório, nutrição, psicologia clínica e veterinária (Decreto Lei n.º 414, 1991).

Também neste grupo estão integrados os Técnicos de Serviço, que estão igualmente habilitados e colocados na carreira técnica superior (Decreto Lei n.º 144, 1998). As funções de cada ramo são definidas em legislação própria, variando claramente em função da profissão que é analisada e exercida (Decreto Lei n.º 414, 199; Decreto Lei n.º 144, 1998).

Em suma, tendo por base um importante conjunto de autores e o resultado de investigações promissoras dos últimos anos, conclui-se que é urgente que exista uma maior segurança do doente em toda a linha de Cuidados de Saúde com relevo nos Cuidados de Saúde Primários. O próximo capítulo enquadra a metodologia de um estudo de caso nesse contexto, junto de profissionais de saúde nas diferentes tipologias de unidades funcionais que o local pode conter.

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Concluída a revisão da literatura é decisivo estabilizar o desenho da investigação que passará a organizar concetualmente as ideias, num quadro concetual que defina as pontes que orientam a recolha de dados e que servirá de elo de ligação entre a análise e a interpretação de dados e facilitará a resposta às questões de investigação sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários (Stake, 1995, 2012; Yin, 2009).

3.1 QUADRO CONCRETUAL: SEGURANÇA DO DOENTE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

De modo a refletir sobre o quadro concetual de investigação em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, resumem-se os principais aspetos conhecidos sobre Segurança do Doente (ver Quadro 3).

Quadro 3 — Conhecimento sobre Segurança do Doente

<i>É uma Dimensão da Qualidade na Saúde</i>
<i>É recente a sua investigação, que é uma prioridade estratégica Mundial, Europeia e Portuguesa</i>
<i>É necessária a investigação global (nacional e internacional)</i>
<i>É mais investigada nos Cuidados Hospitalares que nos Cuidados de Saúde Primários</i>

Fonte: Elaboração da Autora com base na revisão de literatura

Tendo em conta que a Segurança do Doente é investigada sobretudo nos Hospitais e que o conhecimento sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários é reduzido, sintetizam-se as recomendações para a sua investigação nesse contexto (ver Quadro 4).

Quadro 4 — Recomendações sobre o estudo da Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

<i>Incorporar a variabilidade do contexto, das interações do dia-a-dia, das diferentes tipologias de unidade (finalidade, espaço físico, área geográfica)</i>
<i>Incluir diferentes grupos de profissionais de saúde (menos estudos dirigidos simultaneamente a mais do que um grupo profissional, e sobretudo realizados a profissionais de medicina e de enfermagem)</i>
<i>Diminuir o gap entre o indicado estrategicamente e o operacionalizado, conhecendo a origem, natureza, dimensão e o impacto de Eventos Adversos que propiciam insegurança ao doente</i>

Fonte: Elaboração da Autora com base na revisão de literatura

A investigação em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários deve ser feita no local onde os cuidados de saúde são prestados, deve estudar os altos e baixos do dia-a-dia nas diferentes unidades funcionais, junto dos profissionais de saúde que atuam no local, sobretudo nos grupos profissionais que menos têm participado em investigações sobre o assunto (Quadro 4).

Em Portugal têm surgido alterações nos Cuidados de Saúde Primários que interferem nos cuidados efetuados e na Segurança do Doente, que se indicam (ver Quadro 5).

Quadro 5 — Alterações recentes no contexto dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Ferramentas mais poderosas e tecnologias mais sofisticadas, que trouxeram a este nível a necessidade de equipas de saúde diversificadas (múltiplas áreas profissionais e de especialidade que usualmente pertenciam aos cuidados secundários), uma maior complexidade no atendimento e maior necessidade de comunicação

Indicações reforçam o papel dos Cuidados Primários face aos cuidados Hospitalares-prescrever medicação potencialmente perigosa, acompanhar doentes com patologias múltiplas (mais idosos) e com altas precoces

Equipas de saúde multidisciplinares com necessidade de especialização e atualização constante de competências (médicos, enfermeiros, técnicos, farmacêuticos, assistentes, doente, entre outros)

Fonte: Elaboração da Autora com base na revisão de literatura

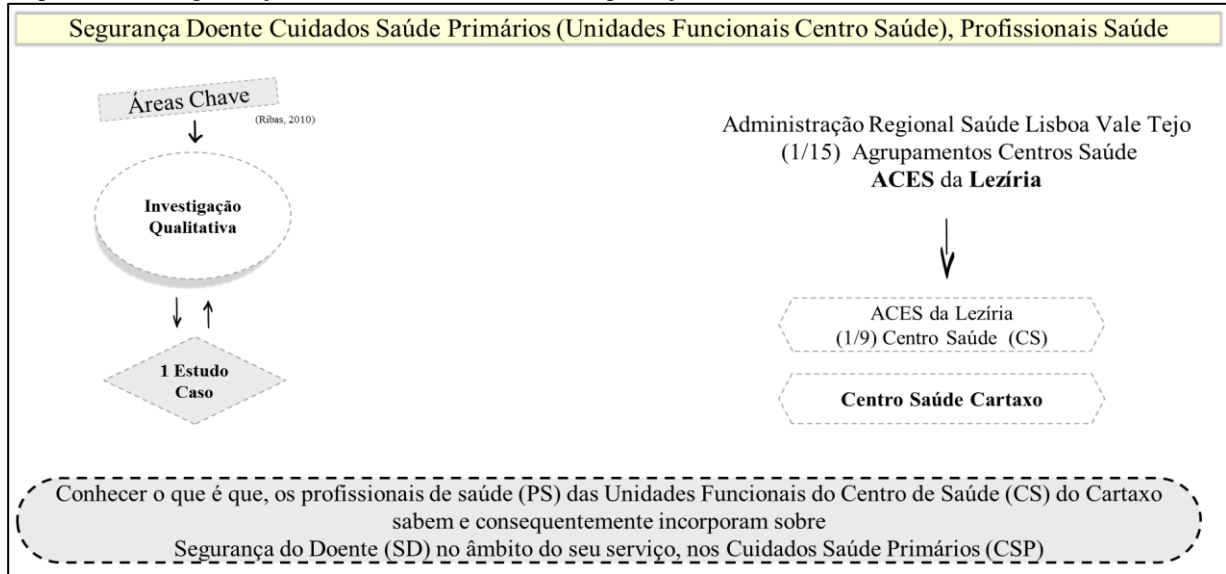
Em suma, a Segurança do Doente é crítica no contexto, pois nos próximos anos prevê-se uma maior utilização e pressão nos Cuidados de Saúde Primários relativamente ao Hospital, recorrendo a técnicas e métodos sofisticados e equipas multiprofissionais (Quadro 5).

Neste contexto, um quadro concetual em segurança do doente, orienta-se para uma investigação de cariz qualitativo, que permita conhecer profundamente o que se sabe sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, nas unidades funcionais de um Centro de Saúde e junto de profissionais de saúde tendo como objetivo principal conhecer o que é que os profissionais de saúde das unidades funcionais de um Centro de Saúde sabem e, conseqüentemente, incorporam sobre segurança nos Cuidados de Saúde Primários (Despacho n.º 5613, 2015; Fortin, 2009). Para atingir o objetivo geral supracitado, o quadro concetual recupera uma investigação nacional dirigida a médicos de Medicina Geral e Familiar, que é única no panorama nacional e indica áreas-chave de intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, de entre as quais se selecionaram quatro. Estas 4 áreas-chave enquadram uma investigação qualitativa, um estudo de caso a realizar no Centro de Saúde do Cartaxo, um de nove Centros de Saúde que constituem o Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo ⁵ (ver Esquema 6).

A investigação visa um contexto e grupos de profissionais de saúde que são habitualmente menos estudados, sobre um assunto que é cumulativamente sensível e interessante, mas cujo nível de conhecimento é manifestamente limitado face ao contexto Hospitalar (MS, 2015; MCSP, 2006).

⁵ (ver anexo A)

Esquema 6 — Organização do Quadro Concetual em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários



Fonte: Elaboração da Autora com base na revisão da literatura

A elegibilidade destas quatro áreas-chave de intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários baseia-se em pressupostos da revisão da literatura, que permitirão delimitar as fronteiras do quadro concetual, e das áreas a analisar individualmente (Bardin, 2015; Mills, Durepos & Wiebe, 2010; Ribas, 2010; Yin, 2009).

3.1.1 Áreas-chave: Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários

A primeira área-chave elegível é a *informação e treino de estudantes e profissionais em segurança do doente*, decisiva para que se conheça a informação e formação em Segurança do Doente dos profissionais de saúde (base, pós-graduada, contínua, no serviço). Só a formação alerta para o tema, quer nos Cuidados de Saúde Primários, quer num Centro de Saúde. Devido à alta expectativa de bons resultados, às mudanças tecnológicas permanentes e a um escrutínio público sem precedentes, tanto a OMS como as estratégias nacionais têm dado uma clara indicação aos profissionais de saúde para que façam formação (Bate et al., 2008; Kirt et al., 2007; Maamoun, 2009; National Patient Safety Agency, 2006; Ribas, 2010; The Health Foundation, 2011; Vincent, 2010).

O Quadro 6 resume os pressupostos teóricos que suportam a elegibilidade da primeira área-chave de intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários.

Quadro 6 — Pressupostos teóricos sobre *informação e treino de estudantes e profissionais em Segurança do Doente*

Os profissionais de saúde devem ter uma boa preparação/formação sobretudo porque os ambientes de trabalho são incertos e mudam rápido, as fontes de informação são múltiplas, rápidas e por vezes contraditórias, há muitas imprecisões e necessidade de processar informação atualizada em circunstâncias que mudam depressa: incerteza no diagnóstico, momentos de *stress* e longos períodos de atividade

Os eventos adversos controlam-se pela formação e investigação por representarem uma fonte de morbilidade, mortalidade, consumo de recursos mesmo cumprindo a <i>leges artis</i> com transparência e confiança
Os profissionais de saúde têm uma formação muito específica, com forte componente de trabalho em equipas multidisciplinares e atividade intensa numa área em constante evolução técnico-científica
O público, na fragilidade e doença tem conhecimentos escassos, pouca decisão e expectativas elevadas
A falta de formação é reconhecida, internacional e nacionalmente, nas escolas de ciências da saúde. Não se aborda a dificuldade do profissional de saúde, ao enfrentar e explicar eventos ao doente, o que torna urgente a implementação de unidades curriculares na formação graduada e pós-graduada e competências relacionais e de comunicação em saúde, centrados no doente e na equipa, deixando de lado a excelência individual
O cuidar de alguém pressupõe cultura de segurança pois existem riscos e incertezas inerentes: tratar doentes, determinar prioridades, escolher equipamento, não fazer nada, reforçar atitudes e comportamentos, num quadro legal e proativo que promova a atuação em equipa e se baseie na evidência científica, na avaliação permanente e no <i>feedback</i> do que resulta ou não, para evitar o Evento Adverso
Existem alguns grupos profissionais que estão mais bem preparados e sensibilizados, como enfermagem e medicina e alguns departamentos e serviços, sobretudo a farmácia. Existe um claro impacto dos gestores e profissionais com mais anos de serviço para o desenvolvimento da visão estratégica em segurança do doente, uma motivação para restantes profissionais

Fonte: Elaboração da Autora com base na revisão de literatura

Dados os pressupostos teóricos que suportam a elegibilidade da primeira área-chave, faz sentido que se passe a chamar: *informação e formação em Segurança do Doente*, pois só serão incluídos os profissionais de saúde em exercício profissional efetivo. A expressão “treino” originalmente usada será substituída pela expressão “formação”, uma expressão mais adequada à realidade nacional e à terminologia usada em Portugal (Donabedian, 1990, 1993; Faria & Moreira, 2009; Fragata, 2010; Fragata & Martins, 2009; Kirk et al., 2007; Liu et al., 2014; Madeira, 2012; National Patient Safety Agency, 2006; OPSS, 2013; Pedro & Pedro, 2013; MS, 2015; Ribas, 2010; Santos et al., 2010; Sokol & Neerukonda, 2013; Sousa et al., 2010; Suñol et al., 2009; The Health Foundation, 2011; Wischet & Schusterschitz, 2009).

Continuando a reflexão sobre a elegibilidade das áreas-chave da Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, esta será uma realidade se as principais causas, (as mais comuns) de Eventos Adversos forem conhecidas e alvo de prevenção através das soluções possíveis, nos Cuidados de Saúde Primários (o sentido lato), em cada organização de saúde e em cada Centro de Saúde. A segunda área-chave selecionada é a *avaliação das causas e consequências* e a terceira é a *taxonomia-classificação universal do tipo de Eventos Adversos* (Kirk et al., 2007; Maamoun, 2009; National Patient Safety Agency, 2006; The Health Foundation, 2011).

Relativamente à segunda área-chave, *avaliação das causas e consequências*, só se pretende investigar as principais causas para a ocorrência de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários, o ponto de partida para que no futuro se conheçam as consequências. Considerou-se difícil que os profissionais de saúde falassem sobre consequências de Eventos

Adversos nos Cuidados de Saúde Primários, sem que primeiro conheçam bem as causas, pois falar sobre as consequências pressupõe um conhecimento acerca do assunto que, à partida, se considerou que os profissionais de saúde não teriam. Por isso, a área-chave passa a designar-se: *avaliação de causas para Eventos Adversos* (Aguiar, 2010; Carneiro, 2010; Despacho n.º 14223, 2009; Kirk et al., 2007; Liu et al., 2014; Jansma et al., 2010; Lage, 2010; Vincent, 2010).

O Quadro 7 resume os pressupostos teóricos que suportam a elegibilidade da segunda área-chave de intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários (ver Quadro 7).

Quadro 7 — Pressupostos teóricos sobre *avaliação das causas e consequências*

É um tema que não se estuda o suficiente, cuja avaliação é sensível pela complexidade das organizações de saúde e carácter multifatorial das situações que levam a falhas
A Segurança do Doente deve ser avaliada pelas instituições, periodicamente, para conhecer as situações ou procedimentos que quase resultaram ou resultaram num evento e as suas causas, antecipando-os com base num planeamento que minimize incidentes
O contexto dos Cuidados de Saúde Primários é muito específico e diferente do contexto hospitalar, mas também deve fazer regularmente uma avaliação das principais causas de eventos adversos e uma planificação assente em qualidade e segurança

Fonte: Elaboração da Autora com base na revisão de literatura

Por sua vez, o Quadro 8 integra os principais pressupostos teóricos subjacentes à elegibilidade da terceira área-chave de intervenção em segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários: *taxonomia-classificação universal do tipo de eventos adversos*, que pretende questionar os profissionais de saúde sobre as principais causas para a ocorrência de Eventos Adversos no Centro de Saúde onde exercem e construir a taxonomia de eventos adversos que integre soluções possíveis para as causas comuns encontradas. A área-chave *taxonomia-classificação universal do tipo de eventos adversos* mantém o título original (Ribas, 2010) (ver Quadro 8).

Quadro 8 — Pressupostos teóricos sobre *taxonomia: classificação universal do tipo de Eventos Adversos*

A qualidade na saúde é o modo como os serviços de saúde obtêm resultados desejados e reduzem os indesejados, com um esforço de aprendizagem e interiorização de procedimentos e técnicas seguras, tendo como certo que o Evento Adverso é proeminente e que só o conhecimento o pode evitar
O sistema tem de assegurar a qualidade dos tratamentos e questionar-se na sua inteligência, manter a capacidade de auto-observação e modificação, identificar as intervenções que têm benefícios evidentes na prevenção e reintroduzir mudanças baseadas na avaliação periódica de cada contexto
Sabe-se que uma má experiência com um doente num determinado local pode ser uma fonte de aprendizagem, levando a que se registem quer os Eventos Adversos quer os <i>near miss</i> que permitem a aprendizagem sem a culpa, e desse modo conhecer soluções a aplicar localmente
Os Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários podem ocorrer em vários locais, envolver muitos tipos de consultas (presencial, telefone, correio eletrónico), a interação de vários prestadores de saúde, outros níveis de cuidados, uma grande variação no âmbito dos cuidados em muitos problemas crónicos ao longo do ciclo de vida, que carecem de soluções adequadas

Fonte: Elaboração da Autora com base na revisão de literatura

Considerada a exequibilidade da investigação, foi ponderada a não-inclusão de outra área-chave, mas que se incluiu, pela pertinência e complementaridade às anteriores, juntando a peça fundamental da notificação de Eventos Adversos, que em Portugal se deve realizar na plataforma Notific@. Este é um processo que permite alterar a cultura da culpabilização e da não-assunção do que correu mal (Ribas, 2010). A sua inclusão fez natural sentido, pois os profissionais e cidadãos devem notificar os Eventos Adversos e *near miss* com que contatem, uma boa prática ligada à segurança do doente, cujo principal objetivo é a prevenção futura (Aguiar, 2010; Chenot, 2007; Conlon et al., 2008; Fragata, 2010; Gallagher et al., 2013; Lage, 2010; Lima, 2011; Maamoun, 2009; National Patient Safety Agency, 2006; Kagan & Barnoy, 2013; Kalra et al., 2013). A área-chave mantém o nome original: *desenvolvimento de sistemas de notificação de eventos adversos* (Ribas, 2010).

O Quadro 9 resume os pressupostos teóricos que suportam a elegibilidade da quarta área-chave de intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários (ver Quadro 9).

Quadro 9 — Pressupostos teóricos sobre *desenvolvimento de sistemas de notificação de Eventos Adversos*

Governos e países estão preocupados com o tema, levando à implementação de sistemas nacionais de notificação de Eventos Adversos (voluntários e/ou anónimos), paralelamente à promoção da cultura de aprendizagem em detrimento da culpabilização, análise do problema, reforço de liderança, flexibilização, comunicação e envolvimento
O registo e a análise de Eventos Adversos é viável para profissionais de saúde motivados, que não devem ser punidos ou sofrer represálias, pois só assim os eventos serão reduzidos e suportarão uma política de gestão de risco
À notificação de um Evento Adverso deve associar-se a um processo de <i>feedback</i> a quem notificou (quem gere o sistema), retorno em tempo útil com recomendações de mudança nos cuidados, difundindo o aprendido
Os sistemas de notificação devem ser atrativos, simples, confidenciais, voluntários, <i>interface</i> organizativa que armazene dados de modo simples, confiável e reforcem a aprendizagem e a Segurança do Doente
Em Portugal, a notificação de Eventos Adversos deve transformar-se na cultura vigente em qualquer nível de cuidado, executada por profissionais de saúde e cidadãos na plataforma Notific@ da Direção Geral Saúde

Fonte: Elaboração da Autora com base na revisão de literatura

O Esquema 7 sumariza nominal e ordenadamente as quatro áreas-chave de intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários elegíveis, a síntese dos pressupostos teóricos e as proposições de investigação que daí emergem e orientam o quadro concetual do estudo de caso, a saber:

(Q1): *O que será que os profissionais de saúde de um Centro Saúde sabem sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários e num Centro de Saúde em particular?*

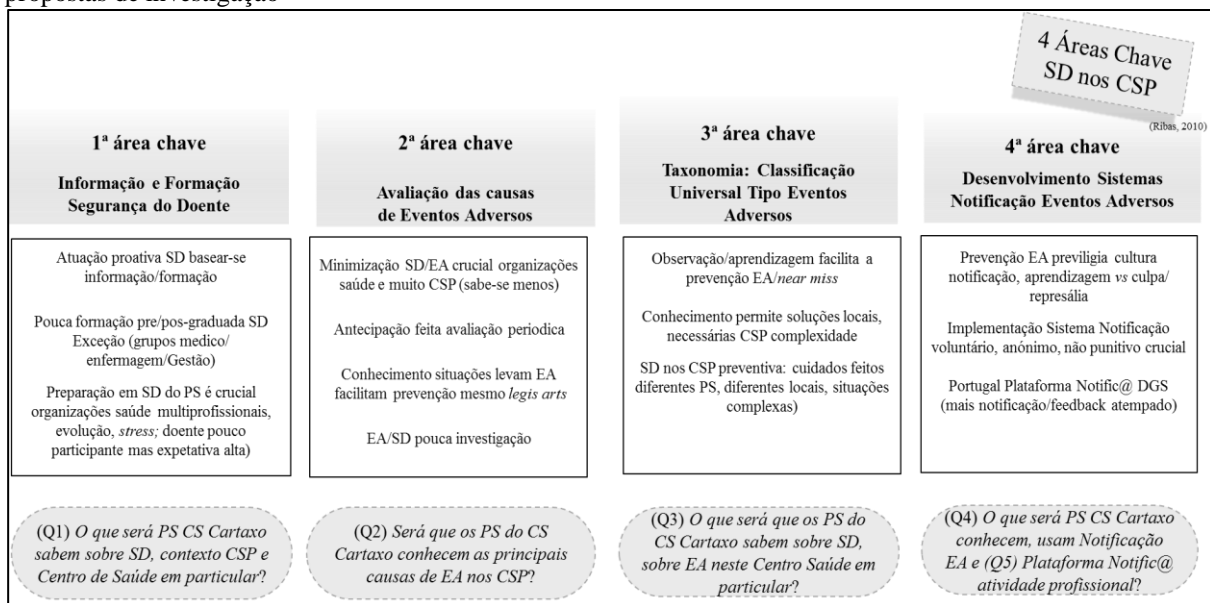
(Q2): *Será que os profissionais de saúde de um Centro de Saúde do Cartaxo conhecem as principais causas de eventos adversos nos Cuidados de Saúde Primários?*

(Q3): *O que será que os profissionais de saúde de um Centro Saúde sabem sobre, Segurança do Doente num Centro de Saúde em particular?*

(Q4): *Como será a cultura e atitude dos profissionais de saúde de um Centro de Saúde face à notificação de Eventos Adversos?*

(Q5): *Será que os profissionais de saúde de um Centro de Saúde conhecem e usam a Notificação de Eventos Adversos e Plataforma Notific@ na atividade profissional?* (ver Esquema 7).

Esquema 7 — Síntese de áreas-chave na intervenção para Segurança do Doente nos Cuidados Primários e propostas de investigação



Fonte: Elaboração da Autora com base na revisão de literatura

As restantes áreas-chave foram retiradas dado não fazer sentido solicitar aos profissionais de saúde a *identificação de fatores-chave de mudança, generalizáveis a todas as unidades de saúde*, pois não se encontrou na literatura conhecimento suficiente sobre o assunto. Talvez decorrente desta investigação ou de outras, venha a ser efetivamente possível conhecer fatores-chave que tornem possível uma ampla mudança e generalização. Analogamente, as áreas-chave: *implementação de procedimentos e normas de prevenção futura e incentivo e reconhecimento de unidades que implementem práticas de Segurança do Doente* não cabem no quadro concetual da investigação. Quanto muito, poderão obter-se sugestões que sustentem a implementação e o reconhecimento das unidades que efetivamente se destacam na implementação de práticas de Segurança do Doente, aquelas a quem se podem aplicar incentivos. Em suma, são áreas que estão muito mais interligadas ao nível do planeamento estratégico, e talvez façam muito sentido em investigações orientadas para chefias dos

Agrupamentos de Centros de Saúde (Aguiar, 2010; Mendes & Barroso, 2014; Ribas, 2010; Serapioni, 2009).

Sintetizando, delimitou-se criteriosamente o quadro concetual de uma investigação em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, a efetuar junto de profissionais de saúde no local onde as coisas acontecem, um Centro de Saúde, o campo onde os participantes vivenciam o dia-a-dia profissional, um local onde será exigido ao investigador flexibilidade e respeito pela partilha de informação (Bardin, 2015; Mills et al., 2010; Yin, 2009). Pretende-se fazer uma investigação qualitativa utilizando o método de estudo de caso que, como o nome indica, se concentra no estudo aprofundado do contexto natural de uma entidade bem definida e se foca em descrições detalhadas que permitem a conexão entre a revisão teórica e a recolha de dados, normalmente feita através de entrevistas (Creswell, 1994; Mills et al., 2010; Patton, 2002; Stake, 2012; Streubert & Carpenter, 2013, Yin, 1994, 2009).

Por isso, importa aprofundar o conhecimento sobre o método de investigação de estudo de caso, o próximo ponto de análise.

3.2 MÉTODO DE ESTUDO DE CASO

O estudo de caso é uma forma sistemática de observar uma organização delimitada, uma entidade com limites e tamanho finito, um evento ou uma prática diária que ocorre num determinado período de tempo, que procura aceder ao significado que os participantes atribuem a um fenómeno, ou seja, recorre a fontes de informação do contexto para uma recolha profunda de dados (Creswell, 1994; Mills et al., 2010). É uma investigação empírica, baseada no raciocínio indutivo, dependente do trabalho de campo, das fontes de dados que podem ser múltiplas e que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica, que se supõe única, para descobrir o que nela existe de mais característico. O investigador tem uma oportunidade de acesso a um local ou fenómeno, um caso revelador de questões desconhecidas, de outro modo inacessíveis (Bravo & Eismen, 2012; Gomez, Flores & Jimenez, 1996; Ponte, 2006; Punch, 1998; Yin, 2009). Quase tudo pode ser um caso: um indivíduo, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade, um processo, um incidente, um acontecimento imprevisto, entre outros (Fortin, 2009; Mills et al., 2010; Stake, 2012; Streubert & Carpenter, 2013; Yin, 1994, 2009). Procura responder a questões do tipo “como” e “porquê?”, concentra-se em factos contemporâneos e o investigador tem pouco controlo sobre os fenómenos e acontecimentos que ocorrem dentro do objeto de estudo (Yin, 2009).

De acordo com Yin (2009), o estudo de caso pode ser conduzido para que se explore, descreva e explique uma realidade única. De acordo com Gomez et al (1996), os objetivos que orientam um estudo de caso pressupõem explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar, para se compreender aspetos particulares que não foram examinados noutras pesquisas.

A atenção dada ao modelo teórico promove o aparecimento de conceitos que moldam a teoria, um conjunto de ideias a explicar que têm um duplo objetivo: por um lado obter informação descritiva, e por outro indicar a relevância teórica, uma descrição rica que pretende obter a compreensão aguçada do caso (Gomez et al., 1996).

Um bom estudo de caso apresenta cinco características fundamentais: é relevante, é completo, considera as perspetivas alternativas de explicação, evidencia uma recolha de dados que é adequada e suficiente e é apresentado de uma forma que pretende motivar o leitor (Carmo & Ferreira, 2008; Stake, 2012; Yin, 1994, 2009). A sua qualidade resulta de uma abordagem astuta e sistemática, com recurso a procedimentos e protocolos cuidadosamente desenhados, gerando uma perspetiva única sobre um determinado tema (Mills et al., 2010; Stake, 2012).

Para a condução de um estudo de caso, sublinha-se a importância das fontes de recolha dos dados (fontes de evidência): análise documental, entrevistas, observação e artefatos físicos, e salienta-se a centralidade das decisões éticas e da conduta do investigador, para que se salvasse quer a dignidade dos participantes, quer o rigor das ideias (Miles et al., 2010; Stake, 2012; Yin, 1994, 2009). O papel do investigador é essencial para a qualidade da investigação, um papel que deve ser neutral, de “convidado” no espaço dos participantes, o que implica da sua parte um forte compromisso ético e uma conduta de respeito. A atitude deve ser de aceitação em relação às opiniões expressas pelos participantes, abstendo-se de as julgar, desse modo facilitando a recolha de opiniões de pessoas diferentes, compreendendo-as com base nos pressupostos: não existem opiniões certas ou erradas, só opiniões; os conhecimentos podem ser certos ou errados, mas uma entrevista é o registo do que cada pessoa diz, e não um exame. Deve existir compreensão e simpatia pelos entrevistados, e devem apresentar-se sempre os objetivos da investigação e da entrevista, criando uma empatia que favorece a sinceridade do participante (Gómez & Carrea, 1995; Mills et al., 2010; Tuckman, 2000; Quivy & Campenhoudt, 1998).

A comunicação subtil e explícita exigida ao entrevistador, faz com este tenha de determinar entendimento, sensibilidade e respeito pela perspetiva dos participantes no estudo, monitorizar e decidir quando falar, ficar em silêncio, usar gestos, estimular o discurso, decisões que afetam a interação, a isenção e a qualidade (Mills et al., 2010; Quivy & Campenhoudt, 2008). Por outro lado, o entrevistador ao transcrever os dados para responder ao objetivo da investigação assume um outro papel, o de intérprete de dados (Coutinho, 2015; Manzini, 1991; Streubert &

Carpenter, 2013). De acordo com a perspetiva de Vilelas (2009) o investigador neste caso assumiu o papel de observador direto e participante natural, pois pertence ao conjunto humano da investigação, o que favoreceu a observação de perceções e sensações do grupo, penetrando na compreensão de atitudes, valores e sentimentos vividos. Assim, os factos observaram-se à medida que foram produzidos, direcionando-se o que foi encontrado para as conclusões do caso (Vilelas, 2009).

Apesar das vantagens enumeradas, como qualquer outro método de investigação também se lhe apontam críticas, sobretudo: a possibilidade de existir falta rigor do investigador, resultado da proximidade ao objeto de estudo e o muito tempo que normalmente é consumido origina grandes quantidades de informação. Também a confidencialidade e a não-divulgação dos documentos originais podem conduzir a dificuldades na réplica do caso. A condução do estudo de caso tem custos, sendo por isso relevante realizar o mínimo de estudos de caso para que se obtenha a qualidade, pois quantidade não significa qualidade (Yin, 2009).

Pela natureza qualitativa são admissíveis diferentes propostas de concetualização da metodologia de estudo de caso. A sua escolha deve basear-se no objetivo da investigação, para que facilmente se evidencie o interesse, a riqueza e a unicidade da investigação junto de participantes sapientes na área a estudar (Mills et al., 2010; Stake, 2012; Streubert & Carpenter, 2013; Yin, 1994, 2009).

Escolhendo dois modelos, o primeiro evidencia a distinção entre um estudo de caso que é único e um estudo de caso que é múltiplo, comparativo ou multi-casos (Bogdan & Biklen, 2013; Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2010; Punch, 1998; Savin-Baden & Major, 2013; Streubert & Carpenter, 2013; Yin, 1994).

O segundo modelo escolhido, da autoria de Stake (1995, 2012), referência clássica na literatura da especialidade, assinala três tipos de metodologia de estudo de caso:

- O intrínseco, quando o investigador pretende uma melhor compreensão de um caso particular que contém em si mesmo o interesse da investigação;
- O instrumental, quando um caso é examinado para fornecer introspeção sobre um assunto, para refinar uma teoria, para proporcionar conhecimento sobre algo que não é exclusivamente o caso em si; o estudo do caso funciona como um instrumento para compreender outro(s) fenómeno(s);
- O coletivo, quando o caso instrumental se estende a vários casos, para possibilitar a comparação, conhecimento mais profundo sobre o fenómeno, população ou condição.

Assim, para estudar a Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, pretende-se selecionar uma unidade de análise, um Estudo de Caso único e desenvolver uma investigação de qualidade, num contexto de grande proximidade e interação que tenha a variabilidade pretendida: profissionais de saúde de diferentes grupos profissionais, unidades funcionais distintas na finalidade, na estrutura, na dispersão geográfica/área de abrangência e em diferentes patamares organizativos. Ou seja, é um caso único e revelador para o investigador, instrumental por querer aceder a informação privilegiada, um meio para compreender outros fenómenos. Neste caso, podemos identificar sub-unidades de análise, mas sem nunca perder de vista o todo, ou seja a investigação orienta-se para um estudo de caso “embebido” (Bogdan & Biklen, 2013; Carmo & Ferreira, 2008; Lessard-Hébert et al., 2010; Punch, 1998; Stake, 1995, 2012; Streubert & Carpenter, 2013; Yin, 1994, 2009).

Como se pretende diagnosticar um problema ou situação num contexto específico, tentando ajudar a resolvê-lo, é uma investigação suportada num cariz colaborativo, em que se melhora a prática dos participantes, ao mesmo tempo que se compreende a situação onde se produz a prática, e orienta-se para a melhoria de práticas tendo por base a mudança e a aprendizagem. Está fortemente direcionada para uma metodologia *action research* que pressupõe a participação ativa ou a intervenção num sistema, com a finalidade de compreender os detalhes concretos de casos particulares e descobrir e testar as proposições de uma teoria geral. Por um lado, conjuga-se a ação, para que se obtenham mudanças numa organização ou programa e, por outro, aumenta-se a compreensão do investigador, do cliente, da comunidade (Coutinho, 2008). Ou seja, a investigação pretende acumular evidência empírica e recolher uma diversidade de interpretações, que irão enriquecer a visão do problema e conseqüentemente encontrar a melhor solução (Coutinho 2008).

A opção por um estudo de caso único e instrumental a ser realizado nos Cuidados de Saúde Primários conduziu a investigação para o Centro de Saúde do Cartaxo, pois ao optar por uma investigação qualitativa que se baseia em entrevistas (análise demorada e exigente ao nível interpretativo) adequou-se a escolha da unidade de análise ao desenho da investigação, tendo como pressuposto que a seleção dos participantes deve, para além da uniformidade, procurar a máxima variação. Ou seja, a representatividade numérica é importante, mas no estudo de caso, a escolha dos participantes é determinada pela adequação ao propósito e o acesso à informação (Aires, 2015; Carmo & Ferreira, 2008; Miles et al., 2010; Savin-Baden & Major, 2013; Streubert & Carpenter, 2013). A escolha dos participantes deve ser realizada em função de um critério estratégico pessoal, há pessoas que possuem um conhecimento mais profundo do problema a estudar e que são facilmente abordáveis, poupando dessa forma recursos humanos

e materiais. Ou seja, o poder dos dados qualitativos não reside no número de pessoas entrevistadas mas na capacidade do investigador em conhecer bem os participantes nos contextos naturais (Aires, 2015).

A escolha do Centro de Saúde do Cartaxo deve-se à junção dos seguintes fatores: acesso aos dados alocando criteriosamente recursos e tempo, realização de uma investigação exequível, pertinente, ética, junto de diferentes grupos de profissionais de saúde, nas diversas unidades funcionais em diferentes patamares organizativos, como contexto para onde se direciona o conhecimento (ACES da Lezíria, 2016; Adler & Adler, 2011; Baker & Edwards, 2012; Byrne & Ragin, 2009; Carmo & Ferreira, 2008; Ragin & Becker, 1992; Sandars & Esmail, 2003; Savin-Baden & Major, 2013; Stake, 2012; Streubert & Carpenter, 2013; The Health Foundation, 2011; Yaphe, 2012 a, b; Yin, 1994, 2009).

3.3 ESTUDO DE CASO DO CENTRO SAÚDE DO CARTAXO

Suportando-se no modelo concetual apresentado, o objetivo é fazer uma investigação de cariz qualitativo, uma pesquisa de campo que amplie o conhecimento sobre Segurança do Doente nos Cuidados Saúde Primários, sabendo que os estudos qualitativos têm a finalidade de compreender um fenómeno segundo a perspetiva dos participantes e melhorar o conhecimento sobre o assunto (Mills et al., 2010; Stake, 2012; Patton, 2002; Streubert & Carpenter, 2013; Yaphe, 2012 a, b; Yin, 1994, 2009). Iniciamos a análise do Centro de Saúde do Cartaxo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Lezíria, o contexto do estudo de caso (Carmo & Ferreira, 2008; Mills et al., 2010; Yin, 2009).

3.3.1 O Contexto do Estudo de Caso

A área de influência do ACES da Lezíria é de 3500 km², a Região da Lezíria do Tejo (excetuando os concelhos de Benavente e de Azambuja), agrupando os concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém. Abrange sensivelmente 200 000 habitantes, 73 freguesias e 9 concelhos, que correspondem aos Centros de Saúde de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém (ACES Lezíria, 2016) (ver Figura 5).

Figura 5 — Constituição do ACES da Lezíria



Fonte: Adaptado de Plano Local da Lezíria 2014-2016.

A Tabela 1 caracteriza os concelhos do ACES da Lezíria por superfície e densidade populacional. O concelho do Cartaxo, provido pelo Centro de Saúde do Cartaxo, tem a segunda maior superfície e a maior densidade populacional (ACES da Lezíria, 2013) (ver Tabela 1).

Tabela 1 — Caracterização dos Concelhos do ACES da Lezíria por superfície, freguesias e densidade populacional

CONCELHO	SUPERFÍCIE (km ²)	DENSIDADE POPULACIONAL (N.º/km ²)
Almeirim	222,1	105,2
Alpiarça	95,4	80,2
Cartaxo	158,2	154,2
Chamusca	746	13,5
Coruche	1115,7	17,8
Golegã	76,6	71,0
Rio Maior	272,8	77,6
Salvaterra Magos	243,9	90,6
Santarém	560,2	110,7
TOTAIS	3500km²	-

Fonte: Adaptado de ACES da Lezíria (2013).

A Tabela 2 caracteriza o ACES da Lezíria em aspetos como: sede, área geográfica, centros de saúde abrangidos e população inscrita. A sede é em Santarém, o concelho com o maior número de utentes inscritos e o maior número de freguesias, que contrasta nos mesmos parâmetros com o da Golegã (Portaria n.º 394/2012-B). Relativamente ao número de recursos humanos, o ACES da Lezíria conta com 291 profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica e Técnicos Superiores de Saúde).

O Centro de Saúde do Cartaxo é um dos concelhos com o maior número de população inscrita (ver Tabela 2).

Tabela 2 — Caracterização dos Concelhos do ACES da Lezíria por concelho e população inscrita

Sede	Área geográfica concelhos	Centros Saúde	População (número utentes inscritos)
Santarém	Cartaxo,	Cartaxo.....	27 540
	Golegã, Rio	Golegã.....	6 521
	Maior,	Rio Maior.....	23 496
	Santarém,	Santarém.....	67 611
	Almeirim,	Almeirim.....	24 879
	Alpiarça,	Alpiarça.....	7 579
	Chamusca,	Chamusca.....	10 414
	Coruche	Coruche.....	21 228
	Salvaterra Magos	Salvaterra Magos	22 861
		<i>Total.....</i>	212 129

Fonte: Adaptado da Portaria n.º394 (2012-B).

O anexo B contém o organograma do ACES da Lezíria.⁶

Conhecendo o contexto, observa-se a unidade de análise, o Centro de Saúde do Cartaxo e o grupo de participantes, os profissionais de saúde (Carmo & Ferreira, 2008; Miles & Huberman, 1994; Mills et al., 2010; Yin, 2009).

3.3.2 A Unidade de Análise do Estudo de Caso

O Centro de Saúde do Cartaxo abrange o concelho que lhe dá o nome e é constituído por 8 freguesias: Cartaxo, Pontével, Vale da Pedra, Vale da Pinta, Vila Chã de Ourique, Ereira, Lapa e Valada (ACES da Lezíria, 2015).

É formado por duas Unidades de Saúde Familiar (USF), uma com sede na freguesia do Cartaxo e uma com sede na freguesia de Pontével, das primeiras a serem implementadas aquando do redesenho organizacional e administrativo dos Cuidados de Saúde Primários em 2006 (Despacho Normativo n.º 9, 2009; ACES da Lezíria, 2015; Teixeira, 2014).

A USF com sede no Cartaxo (Terra Viva) funciona desde 2009 e está sediada no Centro de Saúde do Cartaxo, dando resposta aos utentes das freguesias do Cartaxo e de Vila Chã de Ourique. É Modelo A e não tem extensões de saúde acopladas.

A USF com sede em Pontével (D. Sancho I) funciona desde 2007 num edifício concebido de raiz, dando resposta às freguesias de Pontével, Lapa, Ereira, Vale da Pinta, Vale da Pedra e Valada. É uma unidade Modelo B e mantém a funcionar as Extensões de Saúde de Valada e Vale da Pedra (Oliveira, Marques, Mauritti & Reis, 2007). Submeteu-se ao processo de Acreditação em Saúde, segundo o modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) (ACES da Lezíria, 2015).

⁶ (ver anexo B)

O Centro de Saúde acolhe uma Unidade de Cuidados na Comunidade de âmbito concelhio, em funcionamento desde 2010 e constituída por uma equipa de enfermeiros em horário completo e a tempo parcial, uma Terapeuta Ocupacional, um Fisioterapeuta, uma Técnica Superior de Serviço Social, uma Psicóloga e uma Cardio-pneumologista.

Tanto a Unidade de Saúde Pública como a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados são da área de abrangência do Agrupamento, mas com atuação no Centro de Saúde, tal como indica o organograma em anexo.⁷ A Unidade de Saúde Pública funciona desde 2009 e o Centro de Saúde do Cartaxo tem dois profissionais que a integram: a Higienista Oral e o Técnico de Saúde Ambiental. A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados funciona desde 2010, e o Centro de Saúde do Cartaxo conta com uma equipa multiprofissional que a integra: uma Psicóloga, uma Cardio-pneumologista e uma Técnica de Radiologia.

Determinada a unidade de análise, importa conhecer os participantes que se selecionaram, sobretudo pela sua experiência no caso (Streubert & Carpenter, 2013; Yaphe, 2012 a, b).

3.3.3 Os Participantes do Estudo de Caso

Do total de 46 profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo, 40 participaram no estudo de caso, profissionais de saúde dos grupos de medicina geral e familiar, enfermagem, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e técnicos superiores de saúde, excluindo-se os estagiários das profissões de saúde, e os restantes grupos profissionais. A investigadora (incluída no grupo dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica) foi automaticamente excluída e cinco profissionais de saúde não puderam participar por razões de saúde (Adler & Adler, 2011; Baker & Edwards, 2012; Byrne & Ragin, 2009; Ragin & Becker, 1992; Sandars & Esmail, 2003; Savin-Baden & Major, 2013; Streubert & Carpenter, 2013; The Health Foundation, 2011; Yaphe, 2012 a, b).

Dos 40 participantes, 33 são do género feminino e sete são do género masculino.

A Tabela 3 mostra a distribuição dos participantes por grupo profissional: 22 Enfermeiros; 11 médicos de Medicina Geral e Familiar; dois Técnicos Superiores de Saúde e cinco Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica. Do presente estudo, fizeram parte técnicos superiores de diagnóstico da área da Fisioterapia, Cardio-pneumologia, Técnico de Saúde Ambiental e Técnico de Radiologia. Dos técnicos superiores de saúde, a Psicologia e o Serviço Social. Alguns profissionais do Centro de Saúde do Cartaxo dividem o horário semanal por mais do que uma unidade funcional, mantendo-se vinculados à unidade onde dedicam um

⁷ (ver anexo B)

maior número de horas de trabalho efetivo; outros profissionais de saúde estão vinculados a uma única unidade funcional, uma situação retratada na distribuição dos participantes respondentes, por unidade funcional de afetação (ver Tabela 3).

Tabela 3 — Distribuição dos profissionais de saúde participantes por unidade de funcional de afetação

Grupos de Profissionais de Saúde	Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I	Unidade de Cuidados na Comunidade	Unidade de Saúde Familiar Terra Viva	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados	Unidade de Saúde Pública	Totais
Enfermeiros	6	8	8	-	-	$\Sigma 22$
Médicos de Medicina Geral e Familiar	6	-	5	-	-	$\Sigma 11$
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	-	1	-	2	2	$\Sigma 5$
Técnicos Superiores	-	1	-	1	-	$\Sigma 2$
Totais	12	10	13	3	2	$\Sigma 40$

Fonte: Entrevistas

Por sua vez, a média de idades dos participantes na investigação é de 40 anos: dois participantes têm 30 anos de idade; cinco participantes têm idades compreendidas entre os 30 e os 35 anos; sete participantes têm entre 35 e 40 anos de idade; dez participantes têm entre 40 e 50 anos de idade.

Entre os 45 e os 50 anos estão sete participantes; acima dos 55 anos de idade estão oito participantes. Em termos de habilitações, para além dos cursos que permitem exercer as profissões já mencionadas salienta-se que uma médica tem uma pós-graduação em medicina desportiva e emergência e outra médica em gestão de unidades de saúde. Também se soube existirem enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e infantil, em enfermagem comunitária e enfermagem em cuidados paliativos.

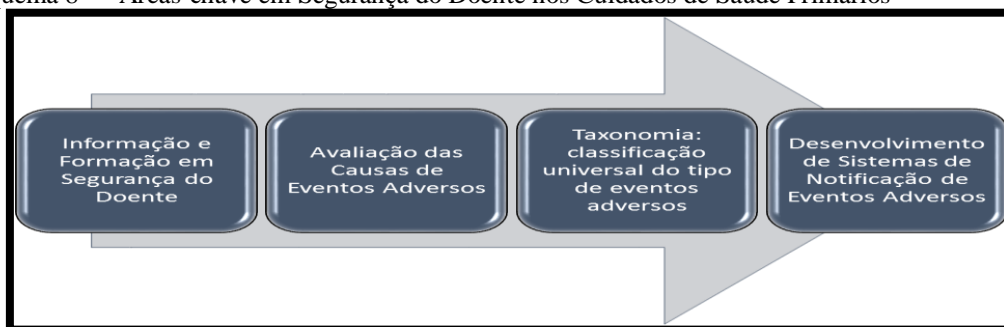
Determinados o contexto, a unidade de análise e o grupo de participantes, importa agora ajustar criteriosamente o quadro concetual em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, para delimitar e viabilizar um estudo de caso no Centro de Saúde do Cartaxo (Mills et al., 2010; Patton, 2002; Stake, 2012; Yin, 1994, 2009).

3.3.4 Quadro Concetual do Estudo de Caso do Centro de Saúde do Cartaxo

A aplicação do quadro concetual em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, já definido, ao Centro de Saúde do Cartaxo é dos passos mais importantes pois permite a sua adequação a este contexto. Ou seja, o estudo caso do Centro de Saúde do Cartaxo tem como objetivo geral *conhecer o que é que os profissionais de saúde das unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo conhecem e conseqüentemente incorporam sobre Segurança do Doente no âmbito do seu serviço nos Cuidados de Saúde Primários*. Partindo

deste, será possível definir para as quatro áreas-chave de intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários do Centro de Saúde do Cartaxo os objetivos gerais, temas e respetivos objetivos específicos. O Esquema 8 contém as áreas-chave elegíveis (ver Esquema 8).

Esquema 8 — Áreas-chave em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários



Fonte: Entrevistas

Para a primeira área-chave, a questão específica de investigação ao Centro de Saúde do Cartaxo é *o que será que os profissionais de saúde do Centro Saúde do Cartaxo sabem sobre Segurança do Doente, no contexto dos Cuidados Saúde Primários, e no Centro de Saúde do Cartaxo em particular?* (Q1). A partir desta foi possível definir o objetivo geral (G1) : **compreender** a informação e formação dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo, sobre Segurança e cultura Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários.

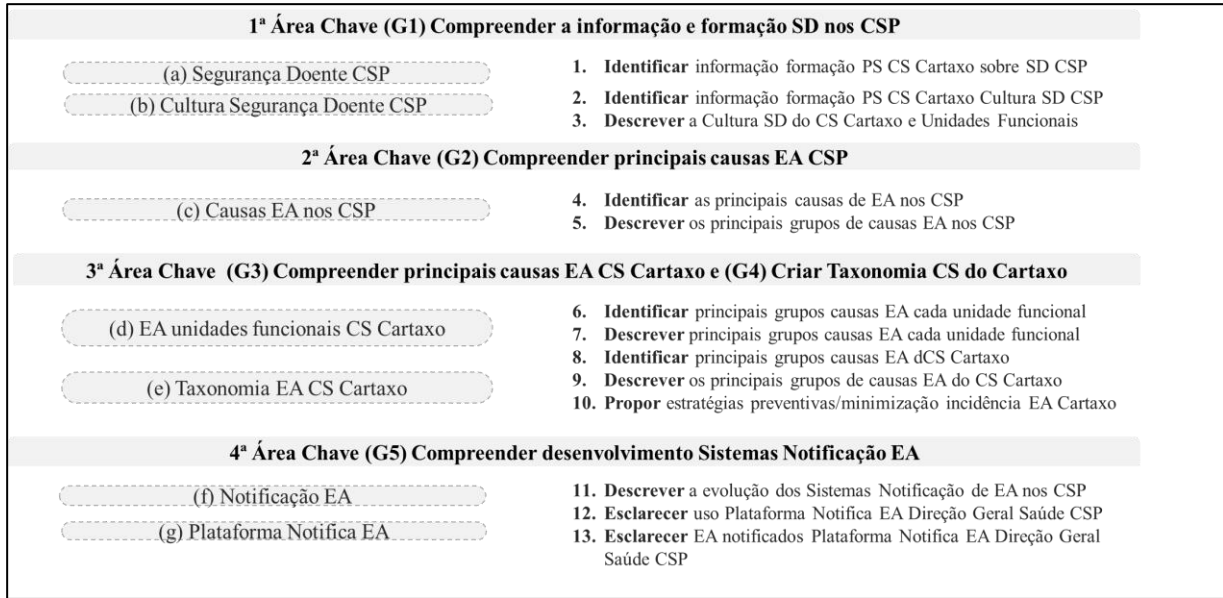
Por sua vez, e em função do objetivo geral, a primeira área-chave dividiu-se em dois temas: **(a)** Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários com o objetivo de **identificar** a informação e formação dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários e **(b)** cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários com dois objetivos específicos: **identificar** a informação e formação dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo sobre a Cultura de Segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários e **descrever** a cultura de Segurança do Doente do Centro de Saúde do Cartaxo e das unidades funcionais que o constituem. Observando a segunda área-chave, adequou-se a questão específica de investigação no Centro de Saúde do Cartaxo *será que os profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo conhecem as principais causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários?* (Q2) ao objetivo geral (G2): **compreender** as principais causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários, o que, por sua vez, ajudou a definir o tema **(c)** causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários, onde decorrem dois objetivos específicos: **identificar** as principais causas de eventos adversos nos Cuidados de Saúde Primários e **descrever** os principais grupos de causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários.

Na terceira área-chave adequou-se a questão específica de investigação ao Centro de Saúde do Cartaxo, *o que será que os profissionais de saúde do Centro Saúde do Cartaxo sabem sobre Segurança do Doente neste Centro de Saúde em particular?* (Q3) a partir da qual se definiram os objetivos gerais desta área-chave (G3): **compreender** as principais causas de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo e (G4): **criar** a taxonomia (classificação universal) do tipo de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo, aos quais se associaram os temas **(d)** causas de Eventos Adversos nas unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo, com os seguintes objetivos específicos: identificar as principais causas de Eventos Adversos de cada unidade funcional do Centro de Saúde do Cartaxo; descrever os principais grupos de causas de Eventos Adversos de cada unidade funcional do Centro de Saúde do Cartaxo e identificar as principais causas de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo. Por sua vez, ao tema **(e)** sobre a taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo associam-se os seguintes objetivos específicos: **descrever** os principais grupos de causas de Eventos Adversos de cada unidade funcional do Centro de Saúde do Cartaxo e **descrever** os principais grupos de causas de Eventos Adversos de cada unidade funcional do Centro de Saúde do Cartaxo.

Na quarta-área chave urgem as seguintes questões específicas de investigação: *como será a cultura e atitude dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo face à notificação de Eventos Adversos?* (Q4) e *o que será que os profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo conhecem e usam da Notificação de Eventos Adversos e da Plataforma Notific@ na sua atividade profissional?* (Q5) que conduziram ao objetivo geral (G5): **compreender** o desenvolvimento de sistemas de notificação de eventos adversos, que por sua vez se desdobrou em dois temas: **(f)** notificação de Eventos Adversos cujo objetivo específico é **descrever** a evolução dos sistemas de notificação de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários e o tema **(g)** sobre a plataforma Notific@ de Eventos Adversos cujos objetivos específicos são **esclarecer** o uso da Plataforma Notific@ de Eventos Adversos da Direcção-Geral de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários e **identificar** os eventos adversos notificados no Centro de Saúde do Cartaxo através da Plataforma Notific@.

A informação supracitada foi esquematizada para facilitar a leitura (ver Esquema 9).

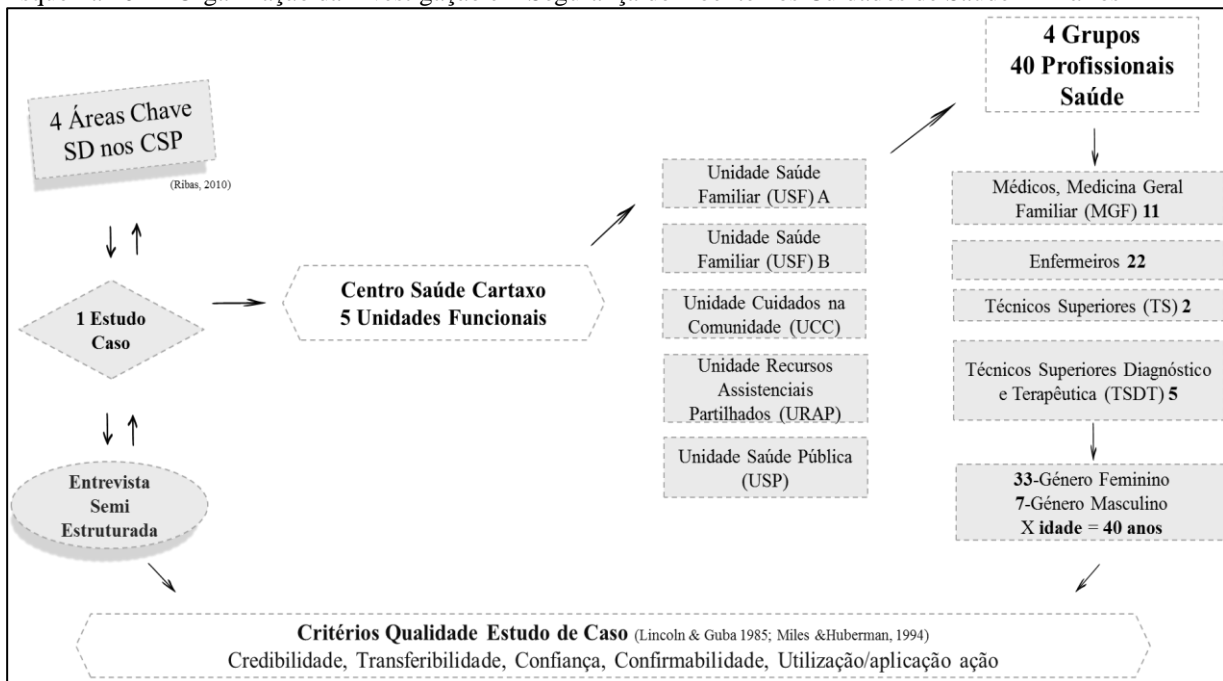
Esquema 9 — Objetivos e temas por área-chave de intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários



Fonte: Elaboração da Autora com base na revisão de literatura

O Esquema 10 permitiu juntar a informação transmitida na metodologia, facilitando a compreensão do contexto, unidade de análise, participantes e método de investigação do estudo de caso do Centro de Saúde do Cartaxo. Introduce os critérios de qualidade que suportam o estudo de caso, tendo por base os autores Lincoln & Guba (1985) e Miles & Huberman (1994) (ver Esquema 10).

Esquema 10 — Organização da investigação em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários



Fonte: Elaboração da Autora com base na revisão de literatura

A avaliação da qualidade de uma investigação qualitativa é crucial e deve fazer-se tendo por base pelo menos duas perspetivas, assunto que se analisa em seguida, considerando dois conjuntos de autores de referência (Streubert & Carpenter, 2013).

3.4 CRITÉRIOS DE QUALIDADE DO ESTUDO DE CASO

A avaliação da qualidade de um estudo qualitativo é mais difícil e tem menos fórmulas, quando comparada com estudos quantitativos. Ainda assim, visa obter conclusões válidas e resultados que sejam credíveis (Miles, 1983; Miles & Huberman, 1994; Van Maanen, 1983; Waltz, Strickland & Lenz, 2010).

Nos estudos quantitativos, a validade interna tenta medir o grau de isomorfismo entre os dados obtidos pelo estudo e o fenómeno que se pretende estudar, o que é mais difícil nos estudos qualitativos, pois estes observam a realidade de pessoas, a sua realidade (Aires, 2015; Lincoln & Guba, 1979). Por isso, uma investigação qualitativa deve confirmar a informação obtida, para que estarepresente exatamente a experiência dos participantes, e se assegure que perante os mesmos fenómenos, se obtêm os mesmos dados (Fortin, 2009; Streubert & Carpenter, 2013; Waltz et al., 2010).

Recorreu-se a duas perspetivas diferentes. A perspetiva qualitativa de Lincoln & Guba (1985), apresenta quatro critérios que suportam rigorosamente um trabalho qualitativo: credibilidade, transferibilidade, confiança e confirmabilidade. Na de Miles & Huberman (1994), há cinco critérios: objetividade/confirmabilidade, confiabilidade/confiança/capacidade de auditoria, validade interna / credibilidade / autenticidade, validade externa / transferibilidade / encaixe e utilização/aplicação/orientação para a ação (Miles & Huberman, 1994; Miles et al., 2014).

Interligam-se as duas perspetivas, para que se reflita acerca da qualidade, do estudo de casodo Centro de Saúde do Cartaxo.

3.4.1 A Credibilidade

A credibilidade é o “valor de verdade: isomorfismo entre o material empírico recolhido pelo investigador e a realidade” (Aires, 2015, p. 54).

Implica que o material encontrado representa a realidade, a “verdade” dos participantes e do contexto, uma confiança face à “verdade” dos resultados, que devem ser questionados. Os resultados do estudo fazem sentido? São credíveis para os participantes e para o leitor? Dão um retrato autêntico do que se procurava? As descrições obtidas são ricas, significativas e

profundas no contexto e correspondem a uma verdade plausível e convincente? (Mills et al., 2010).

Referem-se alguns exemplos de técnicas para alcançar credibilidade. A permanência intensiva no local, o envolvimento prolongado com os participantes e o assunto estudado, permitem observar diversos aspetos do contexto, contactar pessoas e desenvolver uma relação com os participantes, apreendendo a sua cultura e observando a informação contraditória, originada por distorções do investigador e/ou dos participantes (Aires, 2015; Lincoln & Guba, 1985; Savin-Baden & Major, 2013; Streubert & Carpenter, 2013). Ou seja, “o estudo foi feito durante um período de tempo longo e realizou observações repetidas?” (Carmo & Ferreira, 2008: 236). A observação prolongada no terreno possibilita um melhor ajustamento entre as interpretações científicas e a realidade dos participantes, uma maior proximidade entre a teoria e a realidade (Aires, 2015).

Outra técnica é a observação persistente, que identifica as características mais salientes do estudo e situações atípicas, mas com significado. Para aferir a técnica e obter dados credíveis, Lincoln & Guba (1985) propõem que a investigação aumente a duração e diferencie os períodos de observação, maximizando diferenças entre observações e contextos.

Confirma-se um contato prolongado (múltiplos) entre investigador e participantes, num período de tempo razoável, favorável à interpretação do material recolhido e à sua comprovação, com entrevistas de duração entre cinco e trinta minutos. Realizaram-se quarenta entrevistas a profissionais de saúde de grupos distintos, num espaço de tempo razoável (cinco meses). Foram feitas em diferentes alturas do dia, da semana, ao fim de semana e em vários locais (Cartaxo, Pontével, Valada e Vale da Pedra).

Outra técnica é o registo adequado dos materiais/dados brutos usados, ou seja, “a recolha de material referencial, filmes, documentos, gravações, fotografias, entre outros que permitam contrastar os resultados com as vivências” (Aires, 2015, p. 55). Esta atividade permitirá confirmar o teor do material pelo investigador e por outros investigadores e participantes. Conseguiu-se o registo adequado dos dados brutos com gravação áudio, transcrita integralmente e ouvida várias vezes para eliminação de dúvidas.

Também importa perceber se as conclusões obtidas são claras, coerentes e sistematicamente relacionadas e unificadas e se as áreas com alguma incerteza (que há sempre) foram identificadas e explicadas exaustivamente (Mills et al., 2010). Clarificou-se tudo o que foi dito e descrito face a áreas menos claras da investigação, tendo-se relido o trabalho várias vezes, justamente para encontrar partes menos esclarecidas. Indica-se que os resultados encontrados são um retrato fiel da realidade no momento da recolha, uma fotografia de pouco

conhecimento face ao tópico em estudo. Para essa fidelidade usaram-se descrições feitas nas entrevistas, sem identificar os participantes, na análise dos resultados.

Também é válida a revisão pelos participantes, por permitir uma maior proximidade entre a teoria e a realidade contextual, o que possibilita a verificação da informação e das interpretações com as fontes, que devem legitimar os resultados de acordo com a sua experiência (Carmo & Ferreira, 2008; Coutinho, 2015; Lincoln & Guba, 1985). Enviou-se a transcrição das entrevistas aos participantes por correio eletrónico, que deram *feedback* e esclareceram dúvidas. Devolveu-se a dois participantes de cada unidade funcional a análise para que verificassem resultados, interpretações e conclusões face a experiências/ideias/sentimentos (consideradas exatas).

Outra técnica passa pela revisão por pares, que consiste em “que um par (colega), profissional fora do contexto, mas com conhecimento geral da problemática e do processo de pesquisa, analise os dados, teste as hipóteses e sobretudo escute as ideias e preocupações do investigador” (Lincoln & Guba, 1985, p. 301). Obteve-se uma revisão aos dados por parte de pares (dois investigadores independentes) face a aspetos que necessitavam de clarificação.

Também fundamental é a adequação do referencial, a redefinição e a estabilização das hipóteses de trabalho à medida que a informação surge (Lincoln & Guba, 1985; Rossi, Serralvo & João, 2014; Vala, 1986). Interligaram-se os dados obtidos a categorias já existentes na literatura e a dados emergentes da investigação.

Um último aspeto passa pela saturação dos dados, “a repetição de informação e a confirmação de dados recolhidos” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 31). O investigador qualitativo determina a saturação numa cultura ou fenómeno específico no momento em que os dados se repetem (Streubert & Carpenter, 2013). Obteve-se a saturação dos dados, que se começaram a repetir na vigésima entrevista transcrita. Tudo o que foi mencionado pelos participantes foi incluído na transcrição e na análise dos dados.

3.4.2 A Transferibilidade

Em estudos quantitativos avalia-se se as descobertas feitas numa determinada situação se aplicam a diferentes situações, pessoas e contextos; já nos estudos qualitativos a questão passa por saber se o que foi encontrado pode ser aplicado noutros contextos ou participantes (Aires, 2015; Lincoln & Guba, 1985; Savin-Baden & Major, 2013; Streubert & Carpenter, 2013). Sugeriram-se novos estudos, novos temas ligados à segurança do doente.

Para Miles & Huberman (1994) corresponde à validade externa/transferibilidade /encaixe, a capacidade de os resultados do estudo serem aplicados, terem significado noutros

contextos semelhantes (Streubert & Carpenter, 2013). Há que saber se as conclusões do estudo de caso têm importância para um contexto mais alargado, se são transferíveis a outros contextos? Será que se encaixam ou podem ser generalizadas? (Miles & Huberman, 1994; Miles et al., 2010). Clarificaram-se conclusões importantes para o contexto dos Cuidados de Saúde Primários onde o conhecimento sobre o tema é reduzido.

A transferibilidade é conseguida “quando o investigador faz uma descrição pormenorizada da situação em estudo e permite que alguém interessado conclua se a situação é comparável a outras” (Lincoln & Guba, 1985, p. 316). De acordo Lincoln & Guba (1991) a transferibilidade é uma preocupação central do investigador qualitativo, de modo a que o fardo da prova possa ficar menos no investigador original e mais na pessoa que pretende replicar os resultados, pois o investigador não conhece o ambiente ao qual se aplicará a transferibilidade; a sua responsabilidade termina no instante em que fornece um conjunto de dados descritivos que permitam juízos de semelhança por outros. Existiu uma preocupação constante na descrição detalhada das etapas, explicando exatamente os processos de codificação e análise dos dados, para que a avaliação da transferibilidade da investigação pudesse ser feita por terceiros.

Outras questões podem ser colocadas, nomeadamente, os resultados são congruentes, estão interligados, confirmam-se na teoria encontrada? (Miles & Huberman, 1994; Miles et al., 2014). A amostra original de pessoas, configurações e processos foram completamente descritos, de modo a permitir comparações com outras amostras? E é a amostragem suficiente, em termos teóricos, para incentivar a aplicabilidade? Os resultados incluem uma descrição detalhada e profunda, que permita ao leitor avaliar a possibilidade de potencial transferência e adequação às suas configurações e contextos? Este sugere ajustes onde os resultados poderiam ser proveitosamente ainda mais testados? O leitor indica resultados consistentes com as experiências dos participantes? (Miles & Huberman, 1994; Miles et al., 2014). Os participantes confirmaram os dados obtidos na transcrição das entrevistas.

Considera-se ter disponibilizado todas as explicações e uma descrição de procedimentos detalhada a todos os participantes. Obteve-se um nível de detalhe e profundidade consideráveis, que darão ao leitor a possibilidade de avaliação da transferibilidade de dados.

3.4.3 A Confiança

Nos estudos quantitativos a fidelidade significa que, sob as mesmas circunstâncias, os mesmos dados serão obtidos por outro investigador e não ocorrem erros face aos instrumentos usados. Ou seja, o que foi encontrado seria semelhante se a pesquisa fosse repetida com os mesmos participantes num contexto semelhante, por outro investigador? (Lincoln & Guba,

1979). É a oportunidade de investigadores externos seguirem o método do investigador original, que deve mostrar dados consistentes que possam ser repetidos.

Outra forma de aplicar este critério é saber se a qualidade e a integridade foram garantidas, ou seja, as coisas foram feitas com cuidado razoável? (Carmo & Ferreira, 2008; Miles & Huberman, 1994; Miles et al., 2014).

Como nas investigações qualitativas, em virtude da própria especificidade do estudo, as mesmas circunstâncias não se repetem, os investigadores devem procurar formas de observar a consistência dos seus dados, recorrendo à análise de confiança (Lincoln & Guba, 1979, 1985; Streubert & Carpenter, 2013). Existe sempre parcialidade do investigador pois, é o principal agente na recolha e análise da informação, mas há que clarificar que, nesta metodologia, não se pretende neutralizar o enviesamento que o investigador ou os participantes podem produzir; importa, sobretudo, identificar esse fator subjetivo, pelas “descrições minuciosas, identificação do *status* e papel do investigador, observações do contexto físico, social e interpessoal e identificação das técnicas de análise e recolha da informação” (Aires, 2011, p. 56). Explicaram-se detalhadamente os procedimentos de elaboração do guião de entrevista.

Houve um cuidado sistemático na verificação de tudo o que foi sendo feito, explicando o como e o porquê de se fazer, um procedimento igualmente válido para o participante, cuidadosamente informado sobre as técnicas usadas. Para que exista confiança, há que fazer uma descrição detalhada do modo como a investigação foi conduzida, especificando procedimentos, para que outros investigadores possam reconduzir as etapas usadas pelo investigador original e avaliar a adequação dos resultados. Também deve indicar quais os processos de decisão adotados pelo investigador, na elaboração de teorias e a explicitação dos pressupostos dessas decisões, para garantir a dependência ou estabilidade da investigação (Aires, 2015; Lincoln & Guba, 1985).

Colocam-se mais questões quanto à confiança e fidelidade do estudo; a questão de investigação é clara e o desenho do estudo congruente? Os resultados foram ajustados ao contexto e aos participantes? Os paradigmas de pesquisa e a sua construção são claros, para que exista uma boa interconexão? Os dados foram recolhidos em toda a gama de configurações de tempo, locais e participantes incluídos nas questões de investigação (Miles & Huberman, 1994; Miles et al., 2014). O quadro concetual foi explicitado/estabilizado, suportando o estudo de caso, norteando decisões, reajustado e alinhado ao longo de toda a investigação. Considera-se que a investigação é clara, responde às questões colocadas, tem um desenho congruente e exequível, atinge os objetivos definidos, englobando a colaboração de diferentes grupos de profissionais de saúde, de unidades funcionais, de espaços físicos e datas distintas e desfasadas

num espaço de tempo razoavelmente intervalado. Os autores Lincoln & Guba (1985) consideram que o melhor método para aferir a confiança é através de uma auditoria académica, realizada por um investigador independente, que examina os processos utilizados para a recolha dos dados e elaboração dos resultados, de modo a verificar se as interpretações são suportadas pelos dados. Fez-se uma auditoria académica com recurso a dois investigadores independentes, que analisaram o processo de recolha de dados que clarificaram procedimentos e conclusões mais sólidas.

3.4.4 A Confirmabilidade

Está relacionada com a capacidade de outros investigadores poderem confirmar as construções do investigador, um problema comum a investigações quantitativas e qualitativas (Coutinho, 2015; Lincoln & Guba, 1985; Miles & Huberman, 1994; Yin, 1994, 2009).

O investigador deve manter-se neutro durante todo o processo, de modo a interpretar os dados sem pensar nas suas motivações, interesses e valores. Os preconceitos e as perspetivas do investigador influenciaram de alguma forma o que foi encontrado? O investigador deve manter uma atitude de reflexão face ao processo de investigação e tentar compreender como os seus próprios valores e pontos de vista podem influenciar os resultados, aumentando deste modo a credibilidade da investigação, uma postura sistematicamente adotada (Coutinho, 2015; Lincoln & Guba, 1985; Miles & Huberman, 1994; Streubert & Carpenter, 2013; Yin, 1994, 2009). Manteve-se uma atitude de auto-reflexão constante, uma postura que permitiu que motivações, interesses e valores não interferissem na investigação, esquecendo o ponto de vista pessoal. Não se admitiram suposições face a pessoas, valores, preconceitos ou assuntos que alterassem o curso do estudo. O posicionamento do investigador foi sempre explicitado de modo a que qualquer pessoa pudesse confirmar como a pesquisa foi feita, com recurso a uma fotografia exata de tudo o que foi feito (princípio para o fim e vice-versa). Acautelaram-se preocupações e dilemas éticos com imparcialidade, isenção e respeito pelos participantes, para que ninguém fosse lesado, ainda mais pelo fato de a investigadora ser colega dos participantes. Assim, para garantir a objetividade/confirmabilidade deve explicitar-se o posicionamento do investigador no estudo, da forma mais concreta, real e possível, deixando que qualquer pessoa confirme que a pesquisa foi feita exatamente como contado. Para isso, deve questionar-se se os métodos e os procedimentos usados foram descritos detalhadamente, de modo a dar uma “fotografia” exata que ajuda a seguir o caminho até às conclusões, dando acesso à informação apresentada e de “bastidores”. O quadro concetual orientou a pesquisa, o tratamento, a análise e as conclusões do caso. Deu-se acesso a dois participantes de cada unidade funcional ao

relatório final, às conclusões e a cada participante a transcrição integral da sua entrevista (Aires, 2015; Lincoln & Guba, 1985; Miles & Huberman, 1994; Yin, 2009).

Também se pode recorrer a “descritores de baixa inferência ou o registo o mais concreto possível, a transcrições textuais, a citações diretas de fontes documentais” (Aires, 2015, p. 57). Recorreu-se a citações diretas das entrevistas na análise e conclusão da investigação, o que facilitou a compreensão profunda do caso, sem comprometer a confidencialidade de dados, pois a transcrição original das entrevistas não foi apresentada.

Outra forma de garantir a confirmabilidade é gravar e manter os dados recolhidos acessíveis (gravações em áudio e/ou vídeo) para que outros investigadores observem e confirmem os dados, ilustrando os processos de evidência e de pensamento. Este é um aspeto vital para as entrevistas e para todos os dados obtidos, que devem estar disponíveis e organizados para reanálises. Também é importante dar aos participantes a oportunidade de acesso ao relatório e às conclusões. Gravaram-se e mantiveram-se todas as gravações feitas, acessíveis a quem pretenda ouvir e transcreveu-se fielmente do registo áudio (Miles & Huberman, 1994; Yin, 2009).

Outro método é realizar uma auditoria académica, na qual um investigador não envolvido no estudo revê e analisa todos os procedimentos. Os mesmos investigadores independentes que fizeram uma auditoria aos processos, realizaram uma auditoria aos procedimentos de análise de dados, acederam aos dados originais, processados, ao desenvolvimento do instrumento e analisaram as interpretações. (Miles & Huberman, 1994; Miles et al., 2014). É igualmente crucial a análise das conclusões de estudos concorrentes, de modo a enquadrá-las, fulcral na indicação de limitações, recomendações e propostas de futuras investigações. Por isso, analisaram-se as conclusões de estudos concorrentes, enquadrando-as com as obtidas, facilitando a indicação de limitações, recomendações e propostas para futuras investigações. As ideias, caminhos e sugestões que o caso indica, são apenas isso mesmo, ideias ou possibilidades e não uma obrigatoriedade (Aires, 2015; Bardin, 2015; Quivy & Campenhoudt, 1998). Outro critério relevante prende-se com a utilização/aplicação/orientação para a ação. A investigação foi notoriamente uma mais-valia pessoal e profissional, já que previa contribuir para o conhecimento sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários e sugerir medidas concretas de melhoria. Pretendia obter-se um conhecimento válido, que partisse de uma visão/compreensão face ao tópico de estudo até às considerações finais, que aconselhasse a mudança e a decisão política e/ou organizativa, um leque de recomendações específicas, que localmente pretendem melhorar a Segurança do Doente do Centro de Saúde do Cartaxo e noutros Centros de Saúde (Miles & Huberman, 1994; Miles et al., 2014). Meditando na sua

aplicabilidade, a escrita procurou-se cuidada, clara e acessível, recorrendo a citações dos dados originais, facilitadoras da compreensão do tópico em estudo e fornecendo pistas para futuras pesquisas (Lincoln & Guba, 1985; Miles & Huberman, 1994; Miles et al., 2014).

Em seguida descreve-se o processo de recolha e análise dos dados.

3.5 A RECOLHA DE DADOS

3.5.1 Efetivação do Estudo

Etapas da efetivação do Estudo:

1. Pedido de autorização à Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria (Apêndice B);
2. Obtenção, junto dos coordenadores das diferentes unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo, de permissão para contactar diretamente os participantes das diferentes unidades funcionais, após a autorização da Diretora Executiva (Apêndice C);
3. Contato com os participantes (telefone, correio eletrónico, pessoalmente);
4. Realização de entrevistas presenciais entre fevereiro de 2015 e junho de 2015;
5. Análise e redação das conclusões do estudo de caso.

3.5.2 O Guião de Entrevista

A entrevista é um dos principais métodos para conhecer eventos decorrentes dos Cuidados de Saúde Primários, adequado a investigações de cariz qualitativo, a participantes que são testemunhas privilegiadas pela sua posição ou deveres, que têm um bom conhecimento do tema e podem indicar a relevância da investigação. No grupo de participantes, estão profissionais de saúde que poderão representar o cliente final, dado pertencerem aos órgãos de gestão do ACES da Lezíria; os coordenadores das diferentes unidades funcionais decerto também podem distinguir a sua pertinência (Quivy & Campenhoudt, 2008; The Health Foundation, 2011).

A entrevista assume bastante importância no estudo de caso, pois através dela o investigador percebe a interpretação das vivências, recolhe os dados descritivos na linguagem e pode desenvolver uma ideia sobre o que está a estudar, permite conversas prolongadas onde se fala abertamente sobre o tópico em estudo (Bogdan & Bilken, 2013; The Health Foundation, 2011; Yaphe, 2012 a, b, c). O método de entrevista tem como ponto positivo a proximidade com o entrevistado, e a possibilidade de se analisar o impacto de um acontecimento ou de uma

experiência vivenciada (Marchon & Junior, 2014). Segundo Patton (2002) a entrevista normalmente divide-se em quantitativa ou qualitativa, tendo esta última três classificações: conversacional informal, guiada, aberta ou *standard*. Noutra perspetiva, Fontana & Frey (2005) reconheceram três modelos de entrevista: estruturada, semiestruturada e não-estruturada.

A entrevista semiestruturada ou semidirigida é a mais utilizada num estudo de caso pois permite ter uma série de perguntas-guia, relativamente abertas, com as quais se obtém informação, um modelo amplamente usado para conversas com uma direção e um objetivo, dando ao participante a oportunidade de contar a sua experiência. O fato de serem geralmente conduzidas face a face facilitam a proximidade ao contexto em estudo. As questões em formato aberto também evitam frases curtas ou com pouca especificidade, trazendo ao de cima informação efetivamente relevante (Savin-Baden & Major, 2013; Quivy & Campenhoudt, 2008).

Na entrevista feita aos participantes do estudo de caso procurou manter-se uma conduta adequada, nomeadamente:

- Realização do menor número de perguntas;
- Formulação de questões em formato aberto;
- Abstenção de implicação no conteúdo da entrevista;
- Realização de entrevista num ambiente e contexto adequados;
- Gravação das entrevistas (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Por isso, o Guião de Entrevista incluiu um conjunto de perguntas adequado, em duração e quantidade, para se obter informações necessárias à investigação, e ao mesmo tempo asseguraram que nem o investigador nem o participante se afastassem dos tópicos em estudo (Savin-Baden & Major, 2013; Quivy & Campenhoudt, 2008).

A sua construção passou por várias fases, e foram elaboradas várias versões. As primeiras propostas foram sujeitas à apreciação por parte do orientador e de um especialista, o que por sua vez levou à reformulação de algumas questões, de modo a focar os aspetos essenciais à investigação (Savin-Baden & Major, 2013; Quivy & Campenhoudt, 2008).

Desta apreciação foram surgindo sugestões que levaram a alguns ajustes, considerados consensuais e que se incorporaram, retiraram-se algumas questões e aperfeiçoou-se o enunciado de outras, relativamente à linguagem usada, à sua ordem e adequação. Já numa fase posterior, o guião de entrevista foi avaliado numa entrevista-piloto, de forma a averiguar a necessidade de alterações e/ou melhoramento, tendo-se recorrido a um perito que analisou os dados obtidos.

Essa reflexão melhorou a consistência teórica do guião de entrevista, adequando-o à progressão ideal face à pesquisa do tema (Bauer, Gaskell & Allum, 2000; Wengraf, 2001).

Após os procedimentos indicados, surgiu o guião final que serviu de base às entrevistas realizadas, um fator de garantia de que se colocariam as mesmas questões a todos os participantes, um importante fator qualitativo (Savin-Baden & Major, 2013; Streubert & Carpenter, 2013; Quivy & Campenhoudt, 2008).

O guião de entrevista em apêndice reflete as quatro áreas-chave de intervenção em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários definidas no quadro concetual e os procedimentos indicados anteriormente (ver apêndice D).

3.5.3 O Local da Entrevista

Em síntese, pretende-se que os participantes possam, no respetivo local de trabalho, responder a uma entrevista semiestruturada e flexível, contando a sua história sobre o assunto, guiada por questões orientadoras e antecipadamente definidas (Bogdan & Bilken, 2013; Hill & Hill, 1998; Streubert & Carpenter, 2013; The Health Foundation, 2011; Quivy & Campenhoudt, 2008).

O local onde se realizam as entrevistas é um aspeto essencial, devendo por isso ser escolhido cuidadosamente, permitir privacidade, calma e sem ter ruído de fundo (a pessoa a entrevistar deve estar sozinha para não haver interferências) (Streubert & Carpenter, 2013).

Todas as entrevistas foram gravadas no local de trabalho dos profissionais, nos gabinetes de consulta ou de atendimento, na unidade funcional onde exercem funções. Conseguiu-se que fossem realizadas em horários articulados e acautelou-se que os participantes estivessem sozinhos, num ambiente de privacidade, sem ruído, o que levou a que a doutoranda tivesse de conjugar disponibilidades e alterações horárias diversas, para que se realizassem nos momentos de maior conveniência e conforto e proporcionassem uma partilha de informação efetivamente relevante (Eco, 2008; Streubert & Carpenter, 2013; Quivy & Campenhoudt, 2008).

Também é importante garantir ao entrevistado que o que for dito na entrevista é tratado sob anonimato, para que este não se sinta lesado na sua integridade pessoal, o que se fez (Bodgan & Biklen, 2013).

3.5.4 A Entrevista

Na sua realização observaram-se os mesmos procedimentos junto de todos os participantes, que obtiveram informação nas mesmas condições, designadamente:

- **Legitimação da Entrevista:** informação sobre o âmbito do estudo, os objetivos e pedido de autorização para a gravação. Reforçou-se que as informações fornecidas seriam exclusivamente para fins de pesquisa, respeitando a privacidade, o sigilo, o anonimato e o acesso à mesma após transcrição. Também se reforçou que a resposta às questões deveria ter em conta a atividade profissional no contexto e reportar-se à unidade onde exercem maioritariamente. Esclareceram-se termos importantes para que as respostas tivessem uma base comum de entendimento, em especial os termos quaseevento, incidente e Evento Adverso (Bodgan & Biklen, 2013; Norma n.º 015-14; Streubert & Carpenter, 2013);
- **Conhecimento de informações gerais dos Participantes:** confirmou-se o grupo profissional, os dados (género, idade, habilitações literárias, unidade funcional de afetação, e outros dados que o inquirido quisesse indicar sobre a sua situação profissional ou *Curriculum Vitae* (Stake, 2012; Quivy & Campenhoudt, 2008);
- **Entrevista:** A entrevista foi conduzida com base no guião construído, feita e gravada cara a cara. A ordem do guião foi a mesma para todas as entrevistas, o que não invalidou que alguns entrevistados interligassem naturalmente algumas das questões e trocassem a ordem pré-definida, levando à constante recentragem na sequência, de modo a obter resposta a todas as questões do guião em todas as entrevistas, mesmo que esta fosse “não sei, não tenho opinião”. Deixou-se que os entrevistados falassem o mais abertamente possível, com as palavras desejadas e pela ordem mais conveniente, reencaminhando-os sempre ao guião de entrevista predefinido (Stake, 2012; Quivy & Campenhoudt, 2008);

3.6 A ANÁLISE DE DADOS

Neste ponto importa dar a conhecer como é que o investigador, a partindo dos dados obtidos no campo, fez as transcrições e compilou o relatório final, num ciclo natural de questionamento e verificação, que o levou a escutar cuidadosamente aquilo que ouviu, viu ou experimentou para descobrir significados. O recurso a formas de apresentação que reduzam e estructurem os dados é uma via importante de aperfeiçoamento da análise dos dados qualitativos (Aires, 2015; Miles, 1983; Streubert & Carpenter, 2013).

A análise dos dados é a conexão interativa de três atividades: “redução, exposição e extração/verificação das conclusões” (Miles & Huberman, 1994, p. 46).

3.6.1 Transcrição de Dados

Para analisar os dados foi crucial a transcrição das entrevistas feita paralelamente à sua realização, uma conduta que permitiu detetar eventuais lacunas nas conversas e, naturalmente, aperfeiçoar a técnica nas entrevistas subsequentes (Fernandes, 2006; Quivy & Campenhoudt, 2008).

O documento áudio-visual tem as suas limitações e falhas, o vivido é irrecuperável na sua vivacidade e por isso, todas as entrevistas foram realizadas e transcritas pela autora da tese, durante a realização das mesmas, o que favoreceu a acessibilidade da informação na memória da investigadora. A transcrição acabou por se revelar bastante árdua pelo tempo consumido, mas também pela concentração exigida na anotação fidedigna das declarações, nalguns casos, ouvidas por várias vezes (Bardin, 2015; Manzini, 1991). A transcrição permite transpor algo sonoro, que pode ser escutado, algo que foi vivenciado, numa representação gráfica com recortes, que passará a ser o objeto da análise (Bardin, 2015; Manzini, 1991).

Como existe sempre a possibilidade de as gravações serem usadas depois, pela autora ou por outros, o critério usado na transcrição foi registar, o mais aproximado possível, tudo o que foi dito, de modo a possibilitar o acesso fácil à informação compilada. Ainda assim, foram retificados aspetos próprios da oralidade, nomeadamente contrações e repetições de palavras, eventuais incorreções ao nível dos processos de concordância em género e/ou número, omitiram-se repetições redundantes e monitorizou-se a formalidade do tratamento das conversas, evitando discordâncias. Depois de transcritas, as entrevistas foram novamente ouvidas na íntegra três vezes cada uma, de modo a apurar algum aspeto que pudesse ter sido ignorado, mas que fosse importante à investigação (Miles & Huberman, 1994; Lincoln & Guba, 1985; Stake, 2012; Quivy & Campenhoudt, 2008).

Após a transcrição, todas as entrevistas foram enviadas por correio eletrónico para que cada participante desse *feedback*, o que ocorreu em média após duas semanas, e permitiu o esclarecimento de dúvidas pessoalmente, por telefone, ou por *internet*. Deste modo, obteve-se a transcrição integral das entrevistas e o que se encontra publicado está em consonância com essa clarificação (Coutinho, 2015; Miles et al., 2014). Finalizado o *feedback*, todas as entrevistas foram organizadas, codificadas e ordenadas alfabeticamente pela sua realização. Não se usou uma identificação nominal de modo a evitar a proximidade do investigador aos profissionais de saúde, bem como a empatia gerada na própria entrevista aquando do tratamento dos dados, garantindo desse modo a confidencialidade dos participantes. As entrevistas

transcritas não foram colocadas no documento final, de modo a garantir o anonimato dos participantes (Bardin, 2015; Bogdan e Biklen, 2013; Coutinho, 2015; Miles et al., 2014).

Após esta fase, procedeu-se à análise dos dados propriamente dita, com recurso à técnica de análise de conteúdo, uma análise textual, utilizada em questões abertas de questionários e (sempre) em entrevistas, o próximo ponto (Bardin, 2015; Coutinho, 2015; Savin-Baden & Major, 2013; Quivy & Campenhoudt, 1998).

3.6.2 A Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo permite “a leitura dos dados da entrevista com o objetivo de descobrir padrões através de:

- Comparação das várias declarações dos entrevistados acerca de cada assunto;
- Exame de como cada pessoa pensa sobre os vários assuntos abordados;
- Ligação das declarações de cada pessoa às suas perceções individuais;
- Descoberta de padrões de conjunto compreensíveis” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 192).

Para ser credível, a análise de conteúdo obedece aos melhores padrões metodológicos, aqueles que a realizam não devem ignorar questões tão importantes como a objetividade, a quantificação, a amostragem e a fiabilidade, num processo público, transparente e verificável (Esteves, 2006; Lima, 2013; Vala, 1986).

Esta fase da análise de conteúdo ao *corpus* (conjunto de documentos) é crucial por permitir simplificar o que se recolheu e fazer inferências sobre o material inventariado (Carmo & Ferreira, 2008).

3.6.3 Procedimentos de Codificação

Como salienta Bardin (2015), é a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação, por atribuir significado ao material recolhido.

Assim, para a análise das entrevistas seguiram-se as seguintes etapas:

1. Leitura integral de cada entrevista transcrita;
2. Seleção de unidades de significação a codificar, sublinhando segmentos do texto (análise temática) e identificação dessas unidades nas categorias;
3. Construção de grelhas com temas e categorias para análise do *corpus*;
4. Construção de um discurso interpretativo (Bardin, 2015).

Por outras palavras, desmontou-se um “discurso, a produção de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise” (Vala, 1986, p. 104).

Seguindo as orientações de Bogdan e Biklen (1994), elaborou-se uma tabela de dupla entrada onde se introduziu toda a informação a tratar, uma tabela que se percorreu inúmeras vezes, fazendo recortes nos discursos, marcando tudo o que os participantes disseram sobre determinado assunto, colocando na coluna da direita a respetiva categoria de codificação e o indicador de análise. Este delicado trabalho de recorte foi moroso e de difícil escrutínio, pois existiram algumas dúvidas em situar determinadas falas que se entrecruzavam, mas procurou-se sempre obter um conjunto rigoroso de categorias, com boas características de validade e fiabilidade (Bardin, 2015; Carmo & Ferreira, 2008; Lima, 2013).

Quanto às categorias da análise de conteúdo, devem ser exaustivas, ou seja, o conteúdo a classificar deve ser integralmente incluído nas categorias consideradas, sendo, no entanto, possível e de acordo com os objetivos, não validar alguns aspetos do conteúdo. Na investigação as categorias e subcategorias são exaustivas, isto é, exprimem todos os aspetos existentes nos dados (Carmo & Ferreira, 2008; Lima 2013; Miles & Huberman, 1994).

Também devem ser exclusivas, ou seja, “os mesmos elementos devem pertencer a uma e não a várias categorias” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 273). Na investigação todas as unidades de registo foram colocadas numa das categorias e o sistema de categorias não tem unidades enquadráveis em mais do que uma categoria ou subcategoria (Lima 2013; Miles & Huberman, 1994; Vala, 1986).

As categorias devem ser objetivas, com características explicitadas sem ambiguidade e suficientemente claras, permitindo que diferentes codificadores classifiquem os diversos elementos nas mesmas categorias (Carmo & Ferreira, 2008).

Segue-se a pertinência, ou seja, as categorias “devem manter estreita relação com os objetivos e o conteúdo que está a ser classificado” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 274). A investigação considerou quer a objetividade, quer a pertinência, de acordo com os objetivos delineados.

As categorias devem ainda ser equilibradas, quer em número, quer em detalhe, “nem demasiado numerosas ou detalhadas ou, no sentido oposto em número insuficiente e de fronteiras imprecisas” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 274).

Outros procedimentos de verificação considerados no sistema de categorias:

- É produtivo, todas categorias e subcategorias têm pelo menos 3 unidades de registo;
- Usa sistema decimal com atribuição de códigos às categorias e subcategorias;
- Inclui em cada categoria e subcategoria uma descrição por extenso da sua natureza;
- Inclui em cada categoria e subcategoria pelo menos um a dois exemplos típicos das unidades de registo enquadráveis;
- Usa codificadores com nível de instrução e capacidade de compreensão linguística e técnica adequada (Lima, 2013).

Sujeitou-se a categorização a um painel de dois peritos, a quem se forneceu a grelha com as unidades de registo, para que pudessem codificar as categorias. Depois, compararam-se os resultados e discutiram-se as dúvidas, de modo a fazer as alterações que levaram à grelha final de análise dos dados, identificando, um a um, todos os segmentos de texto (*quotation process*) e atribuindo dimensões, subdimensões ou novos códigos (*coding process*). Registaram-se os comentários feitos em alguns segmentos (*writing memos process*) (Lima, 2013; Vala, 1986).

No que concerne às categorias propriamente ditas, estas devem provir do próprio documento de análise (respostas de entrevista) e de um certo conhecimento geral do domínio a que dizem respeito. Ou seja, podem ser definidas *à priori* ou *à posteriori*, sendo fulcral definir como foi a sua construção, identificando as categorias pré-determinadas e as emergentes (Carmo & Ferreira, 2008; Lima 2013; Miles & Huberman, 1994). “A definição de categorias *à posteriori* deve ser feita com muito cuidado, após leituras sucessivas do texto e tendo em atenção os objetivos da investigação” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 274).

Na investigação, fez-se maioritariamente conforme proposto por McAnally (1997), optou-se por deixar que fossem os dados por si próprios a determinar quais seriam as partes a codificar, codificando por vezes três ou quatro palavras e outras vezes parágrafos ou partes inteiras de texto. Desse modo, importa perceber, como foi construído o sistema de categorias em cada uma das áreas-chave do quadro concetual.

Na área-chave *informação e formação em Segurança do Doente*, sobretudo o conhecimento sobre a segurança e a cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, o sistema de categorias foi organizado tendo em conta os próprios dados (respostas de entrevista) e o conhecimento geral sobre o assunto a que dizem respeito, não se baseando em categorizações anteriores (Carmo & Ferreira, 2008; Lima 2013; Miles & Huberman, 1994). Nesta área-chave no conhecimento sobre a cultura de Segurança do Doente no Centro de Saúde do Cartaxo e das respetivas unidades funcionais, o sistema de categorias foi organizado tendo em conta a investigação de (Kirk et al., 2007).

Na área-chave *avaliação das causas para Eventos Adversos* o sistema de categorias foi organizado tendo em conta os próprios dados (respostas de entrevista) e o conhecimento geral sobre o assunto a que dizem respeito, não se baseando em trabalhos anteriores (Carmo & Ferreira, 2008; Lima 2013; Miles & Huberman, 1994).

Na área-chave, *taxonomia: classificação universal do tipo de Eventos Adversos* usou-se, na análise de conteúdo, o sistema de categorias da taxonomia de Eventos Adversos de Ribas e outra, que emergiram dos dados (Ribas, 2010).

Na área-chave, *desenvolvimento de sistemas de notificação de Eventos Adversos* o sistema de categorias organizou-se com base nas respostas da entrevista, e o conhecimento geral sobre o assunto, não se baseando especificamente em trabalhos anteriores (Carmo & Ferreira, 2008; Lima 2013; Miles & Huberman, 1994).

Assim, ao garantir uma explicação detalhada dos critérios de codificação, aplicados rigorosamente em todas as etapas, garante-se que o que foi encontrado tem significado para o problema em estudo e reproduz exatamente a realidade no momento da recolha dos dados (Carmo & Ferreira, 2008).

Ou seja, tanto a recolha quanto a análise dos dados foram períodos de imensa reflexão (Coutinho, 2015; Manzini, 1991; Streubert & Carpenter, 2013).

Dando por concluído o capítulo da metodologia, introduz-se o Capítulo Quatro, que integra os resultados do estudo de caso do Centro de Saúde do Cartaxo sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários.

4. RESULTADOS

Para que a análise do estudo de caso esteja completa, a sua redação deve ser um convite a futuras investigações (Miles & Huberman, 1994; Stake, 2012). O estudo de caso sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários não tem um cariz meramente teórico. Por isso, a redação recorreu a citações de entrevistas de modo a imprimir uma maior clareza e conhecimento da realidade e facilmente conduzir o leitor ao caso (Mills et al., 2010; Miles & Huberman, 1994; Patton, 2002; Strebeurt & Carpenter, 2011; Waltz et al., 2010; Yaphe, 2012 a, b).

A redação dos resultados foi esquematizada sequencialmente pelas 4 áreas-chave do quadro concetual em Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, apresentando, para cada uma das quatro, as respetivas ocorrências, as frases mais representativas, as ideias mais relevantes e palavras-chave que lhe correspondem.

A primeira área-chave em análise é a *informação e formação em Segurança do Doente*.

4.1 INFORMAÇÃO E FORMAÇÃO SEGURANÇA DOENTE

Dado a *informação e a formação em Segurança do Doente* serem decisivas nos Cuidados de Saúde Primários, elegeram-se as frases mais representativas da primeira área-chave, cujo objetivo é **compreender a informação e formação dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo sobre Segurança do Doente, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e no Centro de Saúde do Cartaxo em particular** (ver Quadro 10).

Quadro 10 — Frases mais representativas sobre *Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“É um tema inteiramente pertinente, sobretudo na saúde, onde os gastos remediam problemas com a segurança”
“Sim, é muito importante, nós vemos o doente no todo, nos contextos de vida, trabalhamos em função deste, logo, é importante que a sinta como real. Muitos problemas vêm de casa, parecem físicos, mas não são”
“É um tema pouco abordado, pouco valorizado, mas com grandes consequências para o doente e família. Se existir investimento, prevenção e uma mudança de cultura poderemos obter grandes ganhos em saúde”

Fonte: Entrevistas

Para alcançar o objetivo definido subdividiu-se a **primeira área-chave** em dois temas:

(a) *Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*

(b) *Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*

4.1.1 (a.) *Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*

O **tema (a)** tem como objetivo específico **identificar** a *informação e formação dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. Somaram-se 183 indicações divididas por duas categorias:

- (1.) *Importância do tema da Segurança Doente nos CSP*
- (2.) *Ideias relevantes sobre o tema Segurança Doente nos CSP*

(1.) *Importância do tema da Segurança do Doente nos CSP*

Consideraram-se 89 indicações, espelhadas nas afirmações mais representativas sobre a *importância da Segurança do Doente nos CSP* (ver Quadro 11).

Quadro 11— Frases mais representativas sobre a *importância do tema SD nos CSP*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Absolutamente pertinente, na saúde parte dos gastos remedia problemas com a segurança, muito nas unidades em Acreditação, mas pouco abordado, pouco valorizado”
“Muito importante, vemos o doente no todo, nos contextos de vida. Pertinente, na perspetiva do médico. Surgiu legislação para Comissão da Qualidade e Segurança há um ano, existe trabalho anterior, mas não sistemático”
“É importante, cada grupo profissional entender melhor o seu papel para se envolver, pois estamos um bocadinho a perceber o papel de cada um e a diferença está nas pessoas. É novo, mas muito importante.

Fonte: Entrevistas

Indicam-se as ideias mais relevantes e as respetivas palavras-chave sobre a *importância do tema* (ver Quadro 12).

Quadro 12 — Ideias mais relevantes sobre a *importância do tema SD nos CSP*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A Segurança do Doente é muito importante , mas não se incorpora, na prática diária . Tema pouco conhecido e divulgado, novo ”	Muito importante/Não integrado CSP Pouco conhecido/divulgado/novo
“ Importante , carece de investimento e dedicação para que se incorpore no dia-a-dia dos Cuidados de Saúde Primários . Ligado a temas e aspetos diferentes, ainda pouco abordado, trabalhado ”	Importante investimento Atual/ligado temas diferentes Pouco abordado/trabalhado
“Não sabemos bem o papel de cada um face ao assunto, importante, pouco enraizado, lembrado . O ponto de vista do doente e do médico , encara os atos . Pouca informação e estudo ”	Papéis PS indefinidos Pouca informação/estudo/lembrado Responsabilidade atos PS/médico

Fonte: Entrevistas

Foi destacado por 39 entrevistados que o tema é **importante** e desses, 21 profissionais ainda o reforçaram como “mesmo **muito importante**”. Só um participante terá dito não ser importante: “não sei, tenho de pensar, mas assim de repente não me parece que seja”. Na ótica dos profissionais de saúde, a *Segurança do Doente* é **importante**, reforçada como **muito importante**, apesar de **não ser integrada** na **prática profissional** diária. Um participante afirmou que **falar** pode reforçar a sua **importância**. Por ser **pouco lembrado**, certifica-se que

falta uma maior **dedicação** e **investimento**, a agilização na **definição** de **papéis** e a respetiva **inclusão regular** nos serviços.

Como a entrevista permitia aos profissionais de saúde dar a sua opinião, somaram-se diferentes termos que descrevem a segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários. Das 16 indicações, dez profissionais disseram ser um assunto **pertinente**, três disseram que é **interessante**, e os termos: **novo**, **atual** e **fundamental** obtiveram uma indicação cada. Aos termos que o descrevem associou-se a ideia de **incorporar** todas as perspetivas (**doente** e **profissional de saúde**, usualmente o **médico**) enquanto elementos **co-responsáveis** pela segurança. Também se disse que existem poucos **estudos** e **informação** sobre o tema.

Sobre a divulgação do assunto nos Cuidados de Saúde Primários, com 12 indicações de participantes diferentes, confirma-se a **insuficiente divulgação**. Quatro indicaram ser pouco **divulgado** e quatro pouco **conhecido**. Com duas indicações soube-se ser pouco **abordado** e com outras duas ser pouco **trabalhado**. O facto de 28 participantes não terem abordado a *divulgação* pode confirmar o fosso entre a **forte intenção estratégica (internacional e nacional)** e a **divulgação** que é pouca, com participantes a mencionar que o **tema é importante** mas que não sabem bem em que **medida**, talvez por conta de lacunas na **divulgação** (Quadro 12).

Continuando a análise, a *Segurança do Doente* ligou-se a *ideias relevantes*.

(2.) *Ideias relevantes sobre o tema da Segurança do Doente nos CSP*

Consideraram-se 94 indicações sobre o assunto, das quais se seleccionaram as frases mais representativas (ver Quadro 13).

Quadro 13 — Frases mais representativas *sobre as ideias relevantes sobre o tema da Segurança do Doente CSP*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“No hospital, adulto ou criança, se cardíaco só vai ao médico do coração. Aqui vê-se a pessoa no todo”
“Segurança a que nível? Físico, prevenção? A pessoa sentir-se segura no que está a fazer? Gosto de cidadão”
“Muito pertinente. Fiz o curso de gestão de unidades de saúde e um trabalho sobre Segurança do Doente. A estrutura física, o tratamento do profissional ao doente, o risco biológico e químico, as infeções”

Fonte: Entrevistas

As 94 indicações observam a *segurança do doente* (SD) nos CSP sob diferentes perspetivas, agrupadas em 6 subcategorias (ver Tabela 4).

Tabela 4 — Subcategorias das ideias mais relevantes sobre o *tema da Segurança Doente nos Cuidados de Saúde Primários*

	Ocorrências
Perspetiva do profissional de saúde	26
Perspetiva dos cuidadores mais próximos	25
Perspetiva da equipa de saúde	20
Perspetiva do Ministério da Saúde	15
Perspetiva do doente	4

Perspetiva aspetos físicos de edifícios	4
	Σ 94

Fonte: Entrevistas

A primeira subcategoria somou 26 indicações e observou a *Segurança do Doente na perspetiva do profissional de saúde*, de acordo com 3 temas diferentes (ver Tabela 5).

Tabela 5 — Ideias relevantes sobre *Segurança Doente nos CSP na perspetiva do Profissional de Saúde*

	Ocorrências
Segurança do profissional de saúde	11
Dificuldade compreender definição Segurança do Doente Cuidados de Saúde Primários	8
Dificuldade compreender diferenças SD Cuidados Hospitalares e Primários	7
	Σ 26

Fonte: Entrevistas

Para se compreender as 26 indicações, selecionaram-se as ideias mais relevantes e as palavras-chave (ver Quadro 14).

Quadro 14 — Ideias mais relevante sobre *Segurança Doente nos CSP na perspetiva do Profissional de Saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“ Risco infeção cruzada, prevenir infeções , importante na Acreditação e procedimentos de saúde oral, clínicos, a higienização material, assistentes operacionais podiam ajudar limpeza . Esquecemos equipamento/material com pressa”	SD PS/Saúde Oral/A. Operacional/doente Material (uso, higiene, esquecimento) Risco infeção cruzada/prevenção difícil Acreditação/procedimentos uniformizados
“ Pertinente, nível médico, nível físico, prevenção? A pessoa estar segura? Proximidade leva agressões verbais, físicas às assistentes técnicas, operacionais ”	Indefinição conteúdo SD (médico, física, prevenção) Proximidade doente (agressão) PS/AO/AT
“ Nível de informação distinto do hospital, doente no todo, física, psíquica, a família ”	Menor quantidade informação CSP Diferença “olhar” ambiente/comunidade

Fonte: Entrevistas

As 11 indicações que relacionam a *Segurança do Doente nos CSP com a segurança do Profissional de Saúde* estão ligadas a diversos aspetos. Dos participantes, cinco mencionaram a *infeção cruzada*, tema relevante, por ser **difícil** a sua **prevenção**, tal como o seu **controlo**, seja no sentido do **profissional de saúde** para com o **doente** ou no sentido inverso, assunto muito ligado à atividade da **Higiene Oral** e ao processo de **Acreditação em Saúde**. A *higienização* somou duas indicações do mesmo profissional, uma relativa à *higienização do material de tratamento* e outra à *utilização do material do tratamento*, conhecendo-se o **pouco cuidado** do profissional de saúde tanto no **uso** como na **higienização do material e equipamento** usado nos tratamentos. Face à higienização, na perspetiva dos profissionais de saúde, os **assistentes operacionais** conseguiriam ser **mais colaborativos**, sobretudo na uniformização de **procedimentos de higiene**. Quanto ao **uso** do material, o **ónus** está do lado do **profissional de saúde** que tem disponível o **material/equipamento**, não o utilizando por **pressa** ou por **esquecimento, favorecendo** uma possível *infeção cruzada*. Sobre *procedimentos clínicos* somaram-se indicações de profissionais diferentes; ao serem **feitos**

incorretamente podem comprometer quer a sua segurança, quer a segurança do doente. Com a *segurança do profissional de saúde* relacionaram-se as *agressões verbais e/ou físicas do doente ao profissional de saúde*, que parecem ser uma constante pois, e de acordo com dois profissionais, a **proximidade** combina **riscos acrescidos**. Parece que globalmente o sistema **não** é seguro nem para o **doente** (ónus do estudo), nem para o **profissional de saúde**, levando a alguns momentos de colapso da segurança, com **agressões diárias (verbais/físicas)** aos profissionais de saúde e aos **assistentes técnicos e operacionais**, sobretudo na USF Terra Viva. Outra ideia, associada à subcategoria da *segurança do doente na perspetiva do profissional de saúde*, que somou oito indicações nas cinco unidades funcionais, é a da dificuldade em *compreender a definição de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*. Atendendo aos contributos das entrevistas e à definição original, parece que a **indefinição** do **conteúdo** sobre a Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários condiciona a evolução do assunto. O tema é associado à **atividade médica**, à **parte física** da intervenção, à **prevenção**, à **perceção** do **doente** acerca da **segurança**, mas o que sobressai é a **indefinição** de **conteúdo** do assunto. Existe uma forte dificuldade do profissional de saúde perceber “do que se está a falar?”, dando a oportunidade ao médico de encarar a segurança na perspetiva da sua profissão e ao enfermeiro na da sua, compreensões que podem ser mais ou menos coincidentes face à conceção global. Uma **indefinição** que parece começar no desajuste da **designação** “Segurança do Doente”, onde outra poderia facilitar o raciocínio “talvez pessoa, utente ou cliente?”. A indefinição do termo **doente** aliada à **indefinição** do **âmbito** confunde a abordagem da Segurança do Doente neste contexto. A última ideia relevante associada à subcategoria *Segurança do Doente na perspetiva do profissional de saúde* obteve indicações de sete profissionais sobre a dificuldade em *compreender as diferenças significativas entre SD nos Cuidados Hospitalares e nos CSP*. A **quantidade** de **informação** sobre o assunto é menor nos **Cuidados de Saúde Primários** do que nos cuidados **Hospitalares**. Todos citaram **diferenças** no “olhar o doente”, com os cuidados **Primários** a realizar uma abordagem **centrada na pessoa**, no **todo** e considera tanto o **ambiente** quanto a **comunidade**, o que corresponde a uma perspetiva muito distinta da hospitalar (Quadro 14).

Outra subcategoria, com 25 indicações, associou a *Segurança do Doente aos cuidadores mais próximos*, resumidas nas ideias relevantes e palavras-chave (ver Quadro 15).

Quadro 15 — Ideias mais relevantes sobre *Segurança Doente na perspetiva dos cuidadores mais próximos*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“O tratamento , a interação profissional, doente, a atitude , a responsabilização família, cuidadores , apoio domiciliário ”	SD tratamento/interação/atitude PS SD dever cuidador/Apoio Domiciliário

“A responsabilização dos profissionais de saúde , vi colegas a falar mal . Todos os dias agressões verbais , as coisas não estão normalizadas , é empírico . Não dava valor até à especialidade ”	SD pouca importância PS PS fala incorretamente doente/agressão Importância especialidade (enfermagem)
“ Responsabilização de familiares , o cuidado ao doente, o trato (mau trato) . Perceber a mensagem , o familiar é idoso e doente ”	Familiares, interação/cuidado domicílio Preocupação PS (maus tratos/ compreensão doente/familiar idoso)

Fonte: Entrevistas

De 6 profissionais de saúde, obtiveram-se 20 indicações sobre os *cuidadores formais*, que refletem uma dicotomia de preocupações, entre a **unidade de saúde** e o **domicílio**. Sobre o **profissional de saúde** enquanto cuidador formal, os seis entrevistados deram dez indicações relativamente ao seu dever em evitar as “**agressões**” **verbais** ao doente, **explicar adequadamente** o **processo** de cuidados de saúde e promover uma interação profícua. Contaram-se duas indicações que revelam que o profissional de saúde parece dar **pouca importância** à segurança do doente, preocupando-se mais com a sua segurança, dado que parece alterar-se com a **formação pós-graduada (especialidade)** em **enfermagem**. Somaram-se 8 indicações sobre os cuidadores das equipas de **apoio domiciliário**. Dos mesmos profissionais de saúde somaram-se 5 indicações ligadas aos *cuidadores informais*, à importância da **família** no processo de **cuidar**, a importância da **interação** no **domicílio**. Existe uma forte **apreensão** relativamente aos **cuidados** que os **familiares** prestam ao doente, por serem sobretudo **idosos e doentes**, podendo não compreender a mensagem do profissional de saúde ou desenvolver cuidados desadequados. Existe nos profissionais alguma apreensão face aos **maus tratos** ao doente (Quadro 15).

Com 20 indicações, a *segurança do doente CSP* liga-se à *equipa saúde* (ver Tabela 6).

Tabela 6 — Ideias relevantes sobre a *Segurança Doente na perspectiva da Equipa de Saúde*

	Ocorrências
Equipa de saúde acautelar normas e procedimentos uniformizados	5
Equipa de saúde melhora após um Evento Adverso	4
Equipa de saúde acautelar riscos biológicos e químicos	3
Equipa de saúde trabalha na prevenção	4
Equipa de saúde em Acreditação	2
Equipa de saúde articula serviços acautelar SD	2
	Σ20

Fonte: Entrevistas

Para aferir as 20 indicações, escolheram-se as frases relevantes e palavras-chave sobre a *perspetiva da equipa de saúde* (ver Quadro 16).

Quadro 16 — Ideias mais relevantes sobre *Segurança do Doente na perspectiva da Equipa de Saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“ Não existe norma nessa área , considera-se a segurança em CSP, com facilitismo , a prevenção traria ganhos em saúde ”	Não uniformização normas CSP Facilitismo/Prevenção ganhos saúde
“ Mais dificuldade na prevenção infeções, riscos biológicos, os químicos . Na falha tenta-se evitar , fica-se alerta ”	Prevenção infeções/risco biológico/químico Após falha/EA (alerta/prevenção)
“Na acreditação é chave , a articulação de profissionais na instituição , a articulação de unidades , a RNCCI e Hospital ”	SD/articulação chave Acreditação Instituição, unidades, RNCCI, hospital

Fonte: Entrevistas

Com 5 indicações, a *equipa de saúde deve acautelar normas e procedimentos uniformizados* em Segurança do Doente. É necessário ponderar **normas** para **Cuidados de Saúde Primários** pois são um contexto que tem as suas **particularidades**. Da *equipa de saúde* há 4 indicações de que *melhora após o evento adverso*, refletindo mais uma **perspetiva prospetiva** que **retrospectiva** e frágil atitude de prevenção. O tema está *pouco enraizado culturalmente*, é *observado com facilitismo* e de *modo empírico*, não se aplica o que existe, favorecendo o **facilitismo** e a **pouca seriedade**. Quando algo corre pior continua-se mal, **não** existe **apreensão sistemática**.

Na continuidade, a *equipa de saúde deve acautelar riscos biológicos e químicos* na unidade de saúde, soma três indicações de profissionais de saúde da URAP e da USP. O **doente** está particularmente **exposto a riscos biológicos e químicos e infeções**, difíceis de **prevenir**. Ou seja, é preciso valorizar uma ideia, com quatro indicações, a *equipa de saúde trabalhar mais na prevenção*. Os entrevistados consideram que a **prevenção** traria **ganhos em saúde** e é **dificultada** por **não existir** uma **cultura de Segurança do Doente**, sobretudo naqueles que têm **formação base**, remetendo-nos para a **importância de informar e formar**. A necessidade de prevenção é urgente, dado **tendencialmente equipas de saúde melhorarem** após um **Evento Adverso**, estando mais atentas e disponíveis a **intervenções preventivas**. Últimas *ideias relevantes* que podem melhorar a *Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*: a primeira, com duas indicações, é as *equipas em Acreditação* ou **Acreditadas** terem uma **maior predisposição** no olhar **preventivo em Segurança do Doente**, constituindo uma das **chaves**, “a Acreditação valoriza muito a Segurança do Doente”. A outra *ideia relevante* soma duas indicações sobre a *articulação de serviços*, (uma liga *Segurança do Doente à articulação entre níveis de cuidados de saúde* e outra à *articulação entre unidades funcionais no Centro de Saúde*). Uma **articulação** que apoiaria a segurança **entre unidades** e profissionais na **mesma instituição** e entre **níveis de cuidado**, especialmente com a **Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados** e o **Hospital** (Quadro 16).

Com 15 indicações, a *Segurança do Doente nos CSP* liga-se ao *Ministério da Saúde* (ver Tabela 7).

Tabela 7 — Ideias relevantes sobre a *Segurança Doente na perspetiva do Ministério da Saúde*

	Ocorrências
Necessidade investimento económico	3
Necessidade estudo	3
Necessidade formação	3
Associada a alterações funcionais/legislação recente	3
Associada a discrepâncias entre o legislado e efetivado	2

Associada a gastos consideráveis após o Evento Adverso	1
	Σ15

Fonte: Entrevistas

Para se compreender as 15 indicações da *perspetiva do Ministério da Saúde*, selecionaram-se as frases mais relevantes e as palavras-chave (ver Quadro 17).

Quadro 17 — Ideias mais relevantes sobre *Segurança do Doente na perspetiva do Ministério da Saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Investimento económico, prevenção traz ganhos em saúde, antes de gastar dinheiro. Com 2, 3 pessoas a trabalhar na sede, até chegar aos quilómetros quadrados do ACES demora. Surgiu a legislação da Comissão Qualidade há um ano”	Prevenção/ganho saúde/investimento económico/Gastos remediativos Sede ACES/Difícil chegar CS CQS, Legislação enquadramento
“Em termos hospitalares mais estudos, documentos publicados, nos Cuidados de Saúde Primários não. É bom ver se as medidas implementadas se traduzem na prática, a legislação se cumpre”	Poucos estudos CSP versus Hospital Implementar medidas/estudar eficácia Medidas legislação efetivas/intenção
“Muito importante, não dava muita importância até à especialidade, no hospital avalia-se o risco de queda no doente. A gestão de unidades de saúde propõe trabalhos sobre o assunto”	Formação pós-graduada, especialidade enfermagem (avaliação risco queda); gestão unidades saúde

Fonte: Entrevistas

Na *perspetiva do Ministério da Saúde* é necessário um maior *investimento económico*, somando três indicações de dois entrevistados da USF D. Sancho I, falta **investimento económico** e há **gastos consideráveis decorrentes de Eventos Adversos não acautelados**, falhando-se na **prevenção**, que traria **ganhos em saúde**. Deveria promover *fazerem-se mais estudos*, uma *ideia relevante* que soma três indicações de enfermeiros das USF e da UCC. Em suma, nos Cuidados de Saúde Primários a **informação** não é tão **variada**, nem os **estudos tão comuns**, talvez por serem mais difíceis. A verdadeira evolução só ocorrerá se lhe for dado **relevo tal como nos Hospitais**, pois **ambos os contextos têm problemas, carecem de importância** e de **medidas** que vão além da intenção. Dos mesmos participantes conheceram-se três indicações sobre a necessidade de o Ministério da Saúde promover *mais formação*, pois **falar** sobre o tema ajuda à evolução, à **sensibilidade**, ao **interesse** e à **inclusão** na prática diária. É valorada a **formação pós-graduada médica** e de **enfermagem**.

Outra *ideia relevante* difundida por um profissional de enfermagem da USF Terra Viva, somou três indicações sobre o tema estar *ligado a legislação recente, a alterações funcionais recentes*, a um **enquadramento** legal que trouxe **alterações (organizacionais e funcionais)** que ainda são **lentas e pouco efetivas**. Este enquadramento é uma oportunidade estratégica para as Comissões da Qualidade e Segurança dos Agrupamentos de Centros de Saúde, às quais parece ser **difícil disseminar informação** pelos nove Centros de Saúde do Agrupamento da Lezíria. A dificuldade de propagação liga-se a outra *ideia relevante* que somou duas indicações de participantes da URAP e da USP, a *discrepância entre o que está legislado e o que é efetivado*. Existe **legislação, muita** que **não passa do papel**, tal como as medidas que daí

decorrem, sendo obrigação dos **serviços acautelar a segurança**, fazer cumprir legislação e zelar pela sua **aplicabilidade**. A última *ideia relevante* sobre o *Ministério da Saúde* é relativa aos gastos *consideráveis resultantes do Evento Adverso*, pois aplicar medidas **sem avaliação prévia**, propicia **novos riscos imprevisíveis** e custos **remediativos** (Quadro 17).

Outra subcategoria, com 4 indicações, é a *Segurança do Doente na sua perspetiva*, espelhada nas ideias relevantes e palavras-chave (ver Quadro 18).

Quadro 18 — Ideias mais relevantes sobre Segurança do Doente *na perspetiva do doente*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Segurança ao doente frágil, doente, debilitado, envelhecido ”	Doente frágil, debilitado, envelhecido
“ Queda preocupa pela idade, familiares não conseguem cuidar ”	Idoso propenso queda
“Nota-se uma negligência da família relativamente ao cuidar o doente com carinho, com respeito , até pela sua fragilidade ”	Negligência cuidados fragilidade cuidadores/familiares que não cuidam

Fonte: Entrevistas

Em síntese, a grande preocupação reside no fato de, tanto o **doente** como os **familiares**, estarem em **situação de doença** (bem definida e conhecida) e/ou **fragilidade** pelo **envelhecimento normal**, aspetos que, por si só, favorecem o **risco de queda**. A **negligência** dos cuidados ao idoso advém de **familiares idosos e fragilizados**. As indicações reportam-se tanto à **unidade de saúde** como ao **domicílio**) (Quadro 18).

A última subcategoria sobre *ideias relevantes* somou quatro indicações sobre *Segurança do Doente nos CSP sob a perspetiva dos aspetos físicos dos edifícios*, exibidas nas ideias relevantes e palavras-chave (ver Quadro 19).

Quadro 19 — Ideias mais relevante sobre *Segurança Doente na perspetiva dos aspetos físicos dos edifícios*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“ Estrutura de saúde influencia a Segurança Doente, unidades não preparadas, a estrutura em si, desadequação material ”	Estrutura saúde influencia/não preparada Desadequação material
“ O domicílio preocupa muito, edifícios deixam muito a desejar na segurança de todos, do profissional de saúde ”	Domicílios desadequados SD todos/PS Edifícios desajustados

Fonte: Entrevistas

As indicações reportam-se à **unidade de saúde** e ao **domicílio**. Na **unidade de saúde**, um médico de família da USF Terra Viva reforçou uma **desadequação de estrutura e material** na **estrutura física** em si **mesma**, o **interior** precisaria de uma **maior adequação** face a tratamentos/**doentes atendidos**. Sobre o **domicílio**, um enfermeiro da UCC disse ser especialmente **desadequado** à **segurança de todos** (Quadro 19).

Em suma, indicações que certificam uma dicotomia de preocupações do profissional de saúde nos contextos de **domicílio** e de **unidade de saúde**, em aspetos tão distintos quanto: a estrutura física, os meios humanos e materiais, a condição física e emocional do doente, que comprovam a forte complexidade organizacional dos Cuidados de Saúde Primários. Em seguida analisa-se o **tema (b)** da primeira área-chave.

4.1.2 (b) *Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*

O **tema (b)** tem como objetivos específicos **identificar** a *informação e formação dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo sobre a cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários* e **descrever** a cultura de Segurança do Doente do Centro de Saúde do Cartaxo e das unidades funcionais que o constituem. Por isso, perguntou-se a opinião dos profissionais de saúde sobre a *cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários* e a *cultura de Segurança do Doente do Centro de Saúde do Cartaxo na equipa de trabalho*.

O Quadro 20 inclui as frases mais representativas sobre a *cultura de Segurança do Doente (CSD) nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)*.

Quadro 20 — Frases representativas sobre *Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Ainda estamos bastante aquém daquilo que podia ser feito, mas vamos obtendo uma maior articulação, com Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados, doentes que passam na unidade, com um contato telefónico”
“Nos Cuidados de Saúde Primários é diferente do hospital, aqui a cultura de segurança é mais abrangente. O doente e a comunidade estão mais despertas e as USF modelo B, em Acreditação, estão num estádio diferente”
“Realmente é importante, mas pergunto, quem é que se preocupa com a segurança dos profissionais? Nunca vi inquéritos. Existe preocupação maior com o doente do que com o profissional, o pessoal do atendimento”

Fonte: Entrevistas

Para atingir o objetivo específico de **identificar** a *informação e formação dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo sobre a Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários* subdividiu-se o **tema (b)** em três categorias:

- (1.) *Existência de CSD nos Cuidados de Saúde Primários*
- (2.) *Aspetos favoráveis à CSD nos Cuidados de Saúde Primários*
- (3.) *Aspetos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários*

(1.) *Existência de CSD nos Cuidados de Saúde Primários*

Apresentam-se as afirmações mais relevantes das 76 indicações alusivas à *existência de Cultura de Segurança do Doente nos CSP* (ver Quadro 21).

Quadro 21 — Frases mais representativas sobre *existência de CSD nos CSP*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“A pessoa quando entra nesta porta tem de ser protegida porque vem frágil fisicamente ou emocionalmente, têm de existir espaços de encaminhamento para pessoas com limitação, culturalmente não se pensa na segurança”
“Poucos sítios têm essa cultura, a equipa é importante, aqui a cultura de segurança existe, temos evoluído muito”
“Sem experiência hospitalar. Pela proximidade, cultura do doente boa, pessoas preocupadas, curso incute isso”

Fonte: Entrevistas

Sobre a *existência de CSD nos Cuidados de Saúde Primários* indicam-se as ideias mais relevantes e as palavras-chave respetivas (ver Quadro 22).

Quadro 22 — Ideias mais relevantes da *existência de Cultura de Segurança do Doente nos CSP*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Sem experiência hospitalar, aqui segurança é maior na proximidade , a equipa é importante e a cultura tem evoluído muito ”	CSD Hospital (maior)/CSP CSD (menor) Proximidade doente/Equipa importante
“No hospital , o doente envolvido pela segurança , exames e técnicas aqui mais insegurança , aqui menos , o doente anda perdido , culturalmente não se pensa na segurança ”	Menos segurança CSP/Mais Hospital Não pensa CSD não existe (evoluir) Falta proteção/doente/perdido unidade
“Pessoas estão preocupadas , no curso é incutido o ponto de vista psicológico , da família , do ambiente a ser acautelado , limitações na consulta , uma cultura razoável ”	Preocupação (razoável/tempo consulta) Curso base incute SD, ponto vista psicológico doente, família, ambiente

Fonte: Entrevistas

Dos 40 profissionais de saúde, 36 sugeriram que **existe CSD** nos **Cuidados de Saúde Primários**, um profissional de saúde disse “realmente **não sei que dizer**” e três indicaram que a CSD nos Cuidados de Saúde Primários **não existe**. Ou seja, maioritariamente, há um clima favorável à evolução do tema, uma perceção positiva relativamente a políticas, a procedimentos e práticas de segurança do doente, com 87,5% de respostas a indicar que existe CSD nos Cuidados de Saúde Primários. Solicitando a quem indicou existir CSD que explicasse a sua ideia, surgiu a indicação de que a cultura até **tem evoluído** e que a **equipa** desempenha um papel **importante** nessa evolução. O profissional de saúde que sugeriu que o **curso** base dá **atenção** ao **assunto** é enfermeiro, fortalecendo a **formação base**. Quem indicou não existir, refere que na **unidade** de **saúde** não existe **proteção** ao **doente**, que **circula perdido**, que culturalmente **não** se pensa ou **acautela** a **CSD**. Voltaram a sobressair as **diferenças** na CSD entre os **CSP** e os cuidados **Hospitalares**, um profissional mencionou que esta é maior nos Cuidados de Saúde Primários pela **proximidade** ao **doente** e outro mencionou que é **menor**, pela **proximidade**. Ideias totalmente opostas provenientes de **profissionais de saúde** fisicamente **próximos** e concetualmente **afastados**, na mesma unidade funcional, a USF D. Sancho I (Quadro 22).

Como a entrevista permitia aos profissionais emitir opinião, 36 usaram *termos para a descrever* no contexto. Dos 36 profissionais que consideraram existir CSD nos Cuidados de Saúde Primários, quatro sublinharam que é **muito boa**, 11 sublinharam que é **boa**, 12 indicaram ser **razoável** e nove sublinharam ser **pouca**. A **equipa** parece ser decisiva na CSD, pois 24 participantes referiram-se a ela de modo explícito e 12 de modo implícito; ela assume esse papel decisivo nas **tentativas** de **evolução** e **uniformização**, num contexto com preocupações acrescidas: o **ponto vista psicológico** do **doente** e da **família** e do **ambiente**, aspetos a **acautelar** para que não se **precipitem** Eventos Adversos, “**não é um hospital**, mas temos dias

muito alucinantes”. Um **médico** sustentou a ideia de que **existem sempre Eventos Adversos**, mesmo sendo cumpridos os procedimentos à risca e mencionou o cuidado que tem em fazer as **prescrições**, tanto nos **sistemas de informação** como na **guia de tratamento** (do mesmo modo), para reduzir **riscos**, admitindo que nem todos os colegas terão esse cuidado. Este profissional tem **formação pós-graduada** em **gestão de unidades de saúde** o que facilita a compreensão que o **Evento Adverso ocorre** mesmo observando a *legis arts* (Quadro 22).

Nas categorias (2.) e (3.) do **tema (b)**, importa saber de antemão que se contabilizaram 60 *aspectos favoráveis* à CSD e 43 *aspectos prejudiciais* à CSD, o que deixa antever que o contexto dos *Cuidados de Saúde Primários* (se for sua intenção) facilmente se alinha a uma **CSD regular e positiva**.

(2.) Aspectos favoráveis à CSD nos Cuidados de Saúde Primários

No Quadro 24 incluíram-se as três afirmações mais relevantes sobre a categoria, *aspectos favoráveis à evolução da CSD nos Cuidados de Saúde Primários*, que somou 60 indicações (ver Quadro 23).

Quadro 23 — Frases representativas *aspectos favoráveis à CSD nos CSP*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Nem todos os lados têm esta cultura, a equipa é muito importante”
“Equipa preocupada, não existia, foi trabalhada, o processo de Acreditação ajudou nesta cultura”
“A CSD é primordial, é óbvio que, em contexto hospitalar uma cirurgia tem de ser feita ao doente certo, na perna certa, mas aqui também tem de ser o doente, a medicação, a vacina, tudo certo na altura certa”

Fonte: Entrevistas

Para compreender as 60 indicações sobre os *aspectos favoráveis à CSD nos Cuidados de Saúde Primários*, distribuíram-se em 5 subcategorias (ver Tabela 8).

Tabela 8 — *Aspectos favoráveis à CSD nos Cuidados de Saúde Primários*

	Ocorrências
Perspetiva profissional de saúde	29
Perspetiva das Unidades de Saúde ACES	13
Perspetiva do doente	7
Perspetiva da equipa de saúde	6
Perspetiva do Ministério da Saúde	5
	Σ60

Fonte: Entrevistas

A subcategoria com o maior número de indicações, 29, é a dos *aspectos favoráveis à CSD na perspetiva do profissional de saúde*, da qual se selecionaram as ideias mais relevantes e as respetivas palavras-chave (ver Quadro 24).

Quadro 24 — Ideias mais relevantes sobre *aspectos favoráveis CSD na perspetiva do profissional de saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“ Preocupação com o tema , até porque logo no curso é incutido , no curso MGF pouco , mais enfermagem”	Pessoas preocupadas tema/Curso incute Enfermeiro/Médico (MGF incute pouco)
“ Importante , a especialidade em enfermagem alerta tema ”	Importante/Especialidade enfermagem

“Opinião pública preocupada, a formação ajuda”	Opinião pública preocupada/formação ajuda
--	---

Fonte: Entrevistas

Do total de indicações, 18 afirmam que o *profissional de saúde está preocupado com o tema*, falando-se sobre a importância da **opinião pública**, do **público em geral** e do **curso base em enfermagem**, que incute **sensibilidade** sobre o assunto. As restantes indicações, num total de 11, reportam-se à *formação do profissional de saúde*. Destas, cinco associaram-na ao curso de **base de enfermagem**, duas à **especialidade de enfermagem** e quatro ao curso de **base em Medicina Geral e Familiar (MGF)**, apesar de dizerem que o curso **base de MGF** terá muito a **melhorar**. Ou seja, a **aprendizagem** e/ou **formação prévias** parecem funcionar como um **fator protetor** da CSD, sobretudo nos grupos médico e de enfermagem nos distintos níveis de formação (base e pós-graduada), inculindo-lhes uma maior **CSD**, para além do nível de atuação (Quadro 24).

Outros *aspectos favoráveis à CSD nos Cuidados de Saúde Primários* foram mencionados na *perspetiva das Unidades de Saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)*, com 13 indicações, refletidas nas frases relevantes e palavras-chave (ver Quadro 25).

Quadro 25 — Ideias mais relevantes sobre CSD na *perspetiva das Unidades de Saúde dos ACES*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Criação da Comissão e formação sobre Segurança Doente, aspetos do plano de ação anual”	CQS Criação e Formação SD Plano Ação anual CQS
“Circuitos em papel funcionam. Notificamos em papel, pedido do ACES. O plano de ação divulga sistema DGS”	Circuitos notificação papel/Direção ACES Plano ação divulga sistema notificação DGS
“Telefone ajuda circular informação entre níveis, sistemas informação passagem informação níveis, crucial segurança”	Telefone informação níveis cuidado SI informação níveis cuidado (crucial SD)

Fonte: Entrevistas

Somaram-se seis indicações sobre a importância das Comissões da *Qualidade e Segurança* dos ACES, **estruturas** que devem ser o **motor** da CSD. A sua **criação** é um assunto que soma duas indicações, um bom ponto de partida, de elementos que fazem regularmente **formação em Segurança do Doente**, e de equipas de trabalho que se baseiam em **planos de ação anuais**, também com duas indicações (Quadro 25).

Outro aspeto refere-se aos *circuitos de notificação dos Eventos Adversos* (duas indicações para suporte em papel e duas para uso do sistema da DGS). Dos participantes que mencionaram a **notificação em suporte de papel**, um referiu que é um processo **instituído a funcionar**, e outro que é um processo instituído, a **pedido da Direção Executiva dos ACES**. A notificação recorrendo ao *sistema de notificação da DGS* somou duas indicações (Quadro 25).

Na *passagem de informação entre as unidades de saúde nos Cuidados de Saúde Primários*, dois profissionais sugeriram ser fundamental a *passagem de informação interna nas Unidades Funcionais*, favorecida pelo uso do **telefone** e dos **sistemas de informação**. Também

é favorável a *passagem de informação entre Cuidados de Saúde Primários e outros níveis de atuação*, indicado por um profissional (Quadro 25).

A subcategoria *aspetos favoráveis à CSD nos Cuidados de Saúde Primários na perspetiva do doente*, com sete indicações de cinco profissionais, reflete-se nas ideias mais relevantes e respetivas palavras-chave (ver Quadro 26).

Quadro 26 — Ideias mais relevantes sobre *aspetos favoráveis CSD na perspetiva do doente*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Doente mais interessado”	Doente interessado
“O doente já pergunta mais coisas sobre segurança, quer saber o que se faz ao material/equipamento após tratamento”	Doente pergunta SD/questiona material/equipamento tratamento
“A melhorar, maior articulação, doente e profissional, vice-versa”	Maior colaboração SD/ segurança PS

Fonte: Entrevistas

Repetidamente, o doente tem assumido uma posição de destaque na sua segurança. Está mais interessado, quer saber o que se faz ao material/equipamento após o tratamento, revelando um maior envolvimento nos cuidados de saúde, mesmo confirmando que esta colaboração está aquém da necessária. Ou seja, enquanto ator principal, os serviços devem fomentar a literacia em saúde do doente, a sua cultura, para que se envolva ativamente na sua saúde versus doença, um aspeto valorizado da proximidade (Quadro 26).

Oss aspetos favoráveis à CSD nos Cuidados de Saúde Primários na perspetiva da Equipa de Saúde somaram seis indicações (ver Quadro 27).

Quadro 27 — Ideias mais relevantes sobre *Segurança do Doente na Perspetiva da Equipa de Saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“As unidades em acreditação estão mais atentas. Dão atenção à segurança do doente, sobretudo a higiene, registo eventos”	Unidades Acreditação atenção SD Higiene/registo EA
“A vontade de trabalhar mais e melhor, equipas estão melhor”	Equipas vontade trabalhar mais/melhor

Fonte: Entrevistas

Com quatro indicações, soube-se que a Acreditação em Saúde é, por si, um processo favorável a Segurança do Doente e à CSD, alinhada à Estratégia Nacional para a Segurança do Doente, que começa a dar frutos na predisposição e conhecimento face à higiene e registo de Eventos Adversos. Somaram-se duas indicações sobre a equipa de saúde deter motivação para trabalhar mais e melhor, um indicador decisivo à mudança (Quadro 27).

A última subcategoria obtém cinco indicações nos aspetos favoráveis à CSD nos Cuidados de Saúde Primários, agora na perspetiva do Ministério da Saúde (ver Quadro 28).

Quadro 28 — Ideias mais relevantes sobre *assunção de que o tema tem igual importância à do Hospital*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Assumir de vez importância. Existe enquadramento e assumir-se importância igual ao Hospital, o Ministério da Saúde é crucial”	Assumir SD CSP/crucial MS Enquadramento/ peso igual Hospital
“Parece surgir muita informação sobre segurança do doente. Este ano surgiu legislação/orientações DGS sobre assunto”	Muita informação SD Legislação/Orientações DGS

Fonte: Entrevistas

Parece ser favorável a *assunção de que o tema tem igual importância à do Hospital*, com 3 indicações da equipa de enfermagem da USF D. Sancho I, em **Acreditação**. As restantes duas indicações (participantes diferentes) são igualmente favoráveis à CSD e mencionam que existe bastante *informação e orientação da Direção Geral da Saúde sobre o tema*, um excelente contributo para se possa **nivelar** a **CSD** neste contexto (Quadro 28).

Em resumo, converge para a CSD nos Cuidados de Saúde Primários o facto de modo geral, os profissionais de saúde estarem mais preocupados e interessados pelo tema, trabalharem cada vez mais e melhor, fazerem passagem de informação entre os Cuidados de Saúde Primários e outros níveis de cuidado e internamente, nas unidades do Centro de Saúde (telefone, sistemas de informação). Também o doente está mais colaborativo no tema.

Seguidamente apresentam-se os aspetos prejudiciais à evolução da CSD.

(3.) *Aspetos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários*

O Quadro 29 inclui as frases mais representativas das 43 indicações sobre os *aspetos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários*.

Quadro 29 — Frases mais representativas *aspetos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“E aqui não existe mesmo. Se fosse implementado um projeto desses, era bom”
“Neste contexto existem muitas orientações, mas o risco de cada um estar no seu canto”
“Existe uma falta de formação sobre o tema, generalizada”

Fonte: Entrevistas

Estas 43 indicações sobre os *aspetos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários*, foram distribuídas em 4 subcategorias (ver Tabela 9).

Tabela 9 — *Aspetos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários*

	Ocorrências
Perspetiva do profissional	21
Perspetiva da equipa de saúde	14
Perspetiva do Ministério da Saúde	5
Perspetiva do doente	3
	Σ 43

Fonte: Entrevistas

Dos *aspetos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários*, o que obteve a maioria de indicações, foia *perspetiva do profissional (profissional de saúde e outros)*, com 21 indicações de profissionais de enfermagem de todas as unidades funcionais, espelhadas nas ideias mais relevantes e respetivas palavras-chave (ver Quadro 30).

Quadro 30 — Ideias mais relevantes sobre *aspetos prejudiciais à CSD na perspetiva do profissional*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Muitas orientações, não se sabe o que cada um faz, o que segurança implica, não existe sintonia”	CSP orientações não se efetivam prática Não existe sintonia SD entre PS/AO/AT

“O profissional preocupa-se mais consigo do que com doente . A avaliação de desempenho não sistemática , não incorpora tema”	PS preocupa-se sua segurança/não SD SD integrada avaliação desempenho
“Existe uma falta de formação sobre o tema , generalizada , o que complica tudo, nas assistentes em geral , mais formação é crucial”	Falta formação generalizada SD (mais) (AO/AT) complicam evolução

Fonte: Entrevistas

Com 8 indicações, parece ser prejudicial à *CSD nos Cuidados de Saúde Primários* não existir *uniformização entre profissionais saúde, assistentes técnicos e assistentes operacionais*. Parece **não** existir **sintonia** entre profissionais de saúde face à Segurança do Doente, e ainda menos entre **profissionais** de **saúde** e **assistentes operacionais** e **técnicos**. Soube-se que nos Cuidados de Saúde Primários existem **orientações** que **não** se **efetivam**. Sabendo que o comprometimento de todos com a qualidade é fulcral para garantir os Cuidados de Saúde Primários, este é um ponto essencial nos compromissos que podem ser assumidos nos Planos de Ação das Comissões da Qualidade e Segurança. Nos *aspetos prejudiciais à CSD na perspetiva do profissional*, somaram-se sete indicações *quanto ao fato de ser olhado na perspetiva do profissional, não integrando o doente*, uma ideia referida por profissionais da URAP, da USP e da USF D. Sancho I. Este é um tema **tendencialmente** observado na *perspetiva do profissional de saúde*, o que precipita dificuldades **psicológicas** acrescidas, pela **proximidade**, uma *ideia relevante* já mencionada no **tema (a)**. Na mesma subcategoria, e referida por quatro participantes, surge a *falta de formação sobre o tema (profissionais de saúde, assistentes operacionais e assistentes técnicas)*, o que **condiciona** a **evolução** e a articulação com **assistentes (técnicos e operacionais)**, que não têm formação e não ajudam o profissional de saúde. Em resumo, a **formação** em **CSD** é crucial para **todos** os profissionais. Por último, na opinião de dois participantes, a uniformização só será possível se a *avaliação de desempenho integrar o tema*, pois esta **não incorpora** a Segurança do Doente, e na opinião destes enfermeiros de uma unidade em processo de Acreditação, a CSD **melhoraria** se esta integrasse o assunto (Quadro 30). Seguem-se os *aspetos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários na perspetiva da equipa de saúde*, com 14 indicações. Escolheram-se as ideias relevantes e palavras-chave (ver Quadro 31).

Quadro 31 — Ideias mais relevantes sobre *Segurança do Doente na perspetiva da Equipa de Saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Muito a fazer articulação grupos/unidades , sem protocolos atuação entre si , sem projetos prevenção”	Falta articulação/protocolos Unidades Poucos projetos CSD/prevenção
“O circuito do doente não pensado parece inexistente . Ainda se fazem exames sem acesso à informação clínica ”	Circuito doente não pensado/inexistente Faltam procedimentos/informação
“Lidamos com inúmeros contextos , estruturas . Tão depressa estamos na unidade , na rua , domicílios ”	PS/CSP lida contextos/estruturas Variação unidade saúde/domicílio

Fonte: Entrevistas

Surgiram quatro indicações de dois profissionais para a falta de *protocolos de atuação*, **protocolos** que decerto ajudariam na **articulação** entre **unidades funcionais** e entre **grupos profissionais**, facilitadores da **uniformização** entre **todos**.

Somaram-se cinco indicações para *não existirem/não se trabalharem projetos na prevenção da CSD*, trabalhando-se **muito pouco** na **prevenção**, em objetivos que acaulem **problemas** e **eventos**. Também se soube ser prejudicial à CSD a subsistência de dificuldades na *uniformização de procedimentos* em diversos aspetos: dois participantes, de unidades diferentes, mas a partilharem o mesmo espaço físico, referiram a *uniformização de procedimentos do circuito do doente*, como parecendo **inexistente**, tal como os **procedimentos iguais** entre **todos**. A carência na uniformização face a *exames de diagnóstico, com pouca ou nenhuma informação clínica*, soma duas indicações de profissionais de unidades diferentes (da mesma carreira, técnicos de diagnóstico e terapêutica da URAP), sobre a **pouca** ou **nenhuma informação clínica** nos pedidos de exame do médico de família. E a uniformização face à *variabilidade do contexto: unidade saúde, domicílio, outras estruturas*, dado o **profissional de saúde** atuar em **vários contextos**, sobretudo **unidade de saúde** e **domicílio**, sendo a uniformização **decisiva**, também soma duas indicações (Quadro 31).

Face a *aspetos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários*, também se conheceu a *perspetiva do Ministério da Saúde*, com cinco indicações, apresentadas nas ideias mais relevantes e palavras-chave (ver Quadro 32).

Quadro 32 — Ideias mais relevantes sobre *Segurança do Doente na perspetiva do Ministério da Saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Não se considera a cultura segurança como no Hospital ”	CSD não importante CSP face Hospital
“ Tudo muito lento , nesse tema também, dificuldade arrancar , o Ministério da Saúde podia ter um papel mais ativo”	Evolução lenta sobre tudo/SD Dificuldade mudar/MS boa ajuda

Fonte: Entrevistas

Na opinião de cinco profissionais de saúde, o *Ministério da Saúde* poderia ter um papel mais ativo na assunção de que a *CSD no contexto tem igual importância face ao Hospital*. A ajuda nessa mudança poderia favorecer a **priorização** da Segurança do Doente. Também o **doente** poderia ser incentivado a assumir uma **atitude** mais **proativa** e de maior **entreeajuda**. Outra ideia associada é a da evolução ser lenta neste contexto, e mais uma vez, o *Ministério da Saúde* poderia ajudar na **lentidão** e **dificuldade “de arranque”** (Quadro 32).

A última subcategoria observa os *aspetos prejudiciais à CSD nos Cuidados de Saúde Primários na perspetiva do doente*. Três profissionais de saúde, enfermeiros da USF Terra Viva, mencionaram que o *doente desconhece o tema*, contrastando com o *aspeto favorável (doente está mais preocupado com a sua segurança)*, acima referido, alertando para a falta de

uniformização. Para compreender o assunto selecionaram-se as ideias mais relevantes e palavras-chave (ver Quadro 33).

Quadro 33 — Ideias mais relevantes sobre *Segurança do Doente na perspetiva do doente*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“O doente não sabe nada sobre este assunto”	Doente sabe nada SD
“O doente não ajuda na sua própria segurança”	Doente não ajuda sua segurança
“O doente não ajuda o profissional de saúde”	Doente não ajuda PS

Fonte: Entrevistas

Os profissionais mencionaram que o **doente** sabe **pouco**, ou quase **nada** sobre Segurança do Doente, **não ajudando** o **profissional de saúde** (Quadro 33). Em suma, os distintos *aspetos prejudiciais* que fazem sobressair a não-uniformização: o circuito do doente, os exames de diagnóstico com pouca/nenhuma informação clínica, a variabilidade dos contextos de intervenção (unidade saúde, domicílio) e a avaliação de desempenho, que não integra sistematicamente o assunto.

Dado o objetivo específico de **descrever** a *cultura de segurança do doente do Centro de Saúde do Cartaxo e das Unidades Funcionais constituintes*, subdividiu-se o **tema (b)** em duas categorias:

(4.) *Níveis de maturidade na CSD do Centro de Saúde do Cartaxo*

(5.) *Níveis de maturidade na CSD unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo.*

(4.) *Níveis de maturidade Cultura de Segurança do Doente do Centro de Saúde do Cartaxo*

As ocorrências foram analisadas com base nos *níveis de maturidade numa cultura de Segurança do Doente*. Há cinco níveis de maturidade, que variam entre “um”, que corresponde a uma CSD que é pior, e “cinco” que corresponde a uma CSD melhor. Dos 40 participantes, 39 deram uma resposta enquadrável num dos cinco níveis, e apenas um entrevistado deu uma resposta não enquadrável, cotada com zero. Este mencionou o seguinte: “não sei nada sobre isso, passo à frente”, não respondendo (Kirk et al., 2007).

No quadro 34 estão as declarações mais representativas sobre a *Cultura de Segurança do Doente do Centro de Saúde do Cartaxo*.

Quadro 34 — Frases mais representativas sobre *CSD do Centro de Saúde do Cartaxo*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Tentativa para que exista cultura de segurança, existe efetivamente uma tentativa”
“Equipa teve um <i>upgrade</i> grande, o que acontece quando existe interesse da equipa”
“Uma pessoa faz de acordo com consciência, mas a coisa não está formatada, e nem sempre temos as mesmas orientações. É vulgar os incidentes acontecerem, mas escondem-se”

Fonte: Entrevistas

Registaram-se no nível cinco um total de quatro respostas, no nível quatro um total de onze respostas, no nível três um total de seis respostas, no nível dois um total de nove respostas

e o nível um totalizou oito respostas, perfazendo uma CSD média do Centro de Saúde do Cartaxo de **2,7 (dois vírgula sete) valores**, situando-se entre uma CSD **reativa** e uma CSD **calculista**. Este dado revela-se interessante na compreensão do que foi registado nos cinco *níveis de maturidade numa cultura de Segurança do Doente*, selecionando-se as ideias mais relevantes e as palavras-chave.

No quadro 35 estão representadas as ideias mais relevantes e as palavras-chave agrupadas no nível cinco de maturidade numa CSD.

Quadro 35 — Ideias mais relevantes sobre *respostas enquadráveis no nível 5 de maturidade em CSD*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Tomam-se atitudes , em cima do acontecimento . Para o utente melhora-se, a equipa unificada , a opinião de todos no consenso ”	Atitude organizada mudança (consenso) Equipa unida opinião individual/doente
“ Notificamos ocorrências ACES, na Plataforma Notific@ , Acreditação obriga, a prevenção no transporte de vacinas ”	Ocorrências notificadas ACES/Notifica Prevenção transporte vacinas
“ Portas gabinetes fechados tratamentos, evitar acesso fácil à informação . O sigilo , a privacidade , não deixar marcações na mesa. O doente colabora , aguarda na sala espera ”	Medidas preventivas informação sigilosa (portas fechadas/marcações guardadas) Sigilo/privacidade/Colaboração doente

Fonte: Entrevistas

No nível cinco, a *cultura* de Segurança Doente corresponde à **mais perfeita**, àquela em que a Segurança do Doente é uma componente integral do trabalho de toda a organização. Catalogaram-se respostas que se adequam a um nível de maturidade de **atuação** que é **organizada** face ao que **não está bem**. É crucial uma **equipa** que **considere** cada um **individualmente** para o **consenso final** e tenha como **objetivo máximo** o **doente**, sendo este chamado a **colaborar** na **forma** de **estar** na **unidade**, e é disso exemplo o que foi indicado, “aguardar no local devido na sala de espera”. Ou seja, uma CSD focada em **consensos**. Neste tipo de cultura as **ocorrências** são **notificadas** a quem de direito, à Direção do **ACES** através da **Plataforma Notific@** ou outros meios, e foca-se na **aprendizagem** e na **Acreditação** em **Saúde**, o que tem fortificado aspetos tais como: **notificação sistemática**, prevenção face a **vacinas**, implementação de **medidas preventivas** face a **sigilo** e **confidencialidade**, com destaque para **portas gabinetes fechados** no **atendimento** e **definição de acesso a informação sigilosa** com **marcações guardadas** (Kirk et al., 2007) (Quadro 35).

No quadro 36 estão representadas as ideias mais relevantes e as palavras-chave enquadráveis no nível quatro de *maturidade numa CSD*.

Quadro 36 — Ideias mais relevantes sobre *respostas enquadráveis no nível 4 de maturidade em CSD*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“ Naturalmente segurança do utente primeiro lugar , sim”	SD faz sentido, natural/1º lugar
“Mais sensibilizados , a evoluir , a Acreditação ajudou. O processo da Acreditação deixa mais alerta. A primeira preocupação passou a ser abrir o frigorífico para ver temperatura de vacinas ”	Maior sensibilização, evolução Acreditação favorável/Alerta vacinas
“No contato direto com o doente , uma falha ou outra , quem está de fora vê, nem tudo é perfeito ”	Preocupação contato doente SD não perfeita (falhas)

Fonte: Entrevistas

O nível quatro corresponde a uma *cultura* de Segurança do Doente *proativa*, onde se encontram medidas de segurança em vigor, mesmo que não tenha ocorrido nenhum evento adverso (Kirk et al., 2007). Recolheram-se indicações que passam a mensagem de **quem tudo é perfeito**, que é **comum existirem falhas, ocorrências** da parte de quem **diariamente** contata com o **doente** e com o **público**, numa **cultura** que **começa a fazer sentido** e a ser **natural** incluir o doente. Também se soube que a **Acreditação** em Saúde pode funcionar como o **motor** da **sensibilização** e **evolução** favorecendo os **processos** e a **sistematização** em segurança. Foram referidos os **procedimentos preventivos de alerta** com **vacinas** face à temperatura, que tem de ser verificada sistematicamente (Quadro 36).

No quadro 37 estão representadas as ideias mais relevantes e as palavras-chave sobre o nível três de *maturidade* numa CSD.

Quadro 37— Ideias mais relevantes sobre *respostas enquadráveis no nível 3 de maturidade em CSD*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A reunião semanal é fundamental, cada um anda a fazer, tanta coisa, não se consegue tempo para tudo, muitas situações, equipa grande, muita interação e diretrizes externas à equipa”	Reunião semanal fundamental/insuficiente necessidades/muita interação exterior Equipa grande/diretrizes externas equipa
“Difícil articular com auxiliares e administrativas, não empenhadas no processo de Acreditação, sem pertença”	CSD difícil AT/AO (não empenhadas Acreditação) (sem pertença)
“Eventos escondem-se, tenta-se melhorar, indicações ACES”	Esconder EA/melhoria indicada ACES

Fonte: Entrevistas

O nível três corresponde a uma *cultura* de Segurança do Doente que é *calculista*, onde se cumprem alguns requisitos externos ao serviço, sobretudo a existência de um departamento de gestão de risco (Kirk et al., 2007). Neste nível sabe-se que é vulgar o **Evento Adverso acontecer**, mas também é vulgar **escondê-lo**. Apesar da **tentativa** de **melhoria**, existe **pouca reflexão interna**. Existem sim, muitas **indicações** que chegam “de fora”, da sede do ACES. Parece que a **reunião semanal não chega** para que se respondam a **necessidades** e **solicitações** de **equipas** que diariamente **interagem** com o **exterior**, levando a que a CSD seja muito influenciada por indicações externas. Também se percebe que a CSD dos **assistentes técnicos** e **operacionais** é de **pouco empenho** na **Acreditação**, devido ao **fraco sentimento** de **pertença** à **unidade funcional** onde colaboram, não “vestindo a camisola” (Quadro 37).

No quadro 38 estão representadas as ideias mais relevantes e palavras-chave do nível dois de *maturidade* CSD.

Quadro 38 — Ideias mais relevantes sobre o tema *respostas enquadráveis no nível 2 de maturidade em CSD*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Preocupados em fazer mudanças, eu acho que sim”	Existe preocupação CSD/fazer mudanças
“Uma pequena mudança de postura, alguma melhoria, maior sensibilidade, mas debater nas reuniões nem sempre é agradável”	Pequena mudança postura EA Assuntos debatidos reunião/não agradável
“Não está muito protocolizado o tema, em nós mesmos, passando por nós e na equipa. Mas sim, eu acho que a equipa é preocupada”	CSD pouco uniformizada/mudança Equipa preocupada/debate CSD

Fonte: Entrevistas

O nível dois é refletido uma cultura de Segurança do Doente *reativa*, na qual a organização só se preocupa com a segurança quando ocorrem problemas (Kirk et al., 2007). Nalgumas entrevistas ouviu-se que existe **preocupação** das **equipas** em **fazer mudanças**, uma **preocupação** com a CSD, mas que é pouco **uniforme**, é necessário mais **debate**, mais **mudança individual** e de **equipa**. Ainda assim, detetaram-se alguns **esforços individuais** na **mudança de postura** face aos **Eventos Adversos** e a **pequenas mudanças** na CSD. Neste "chapéu cultural", o **debate** de **assuntos** em **equipa** é normalmente **desagradável** (Quadro 38).

No quadro 40 estão representadas as ideias mais relevantes e respetivas palavras-chave do nível um de *maturidade numa CSD*.

Quadro 39 — Ideias mais relevantes sobre *respostas enquadráveis no nível um de maturidade em CSD*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Objetivos específicos relacionados à segurança não existem, nem avaliação inicial das situações, mais no hospital”	Não existem objetivos SD Não existe avaliação inicial risco
“Grande resistência a coisas novas, ir batalhando no CS existe sempre uma grande fatia de pessoas resistentes à novidade”	Grande resistência mudança/novidade Preciso trabalhar CSD
“Tentativa, nem sempre se realiza, as condições são desadequadas, o excesso de trabalho condiciona a segurança”	Tentativas CSD/trabalho excesso afeta CSD

Fonte: Entrevistas

O nível um corresponde a uma CSD considerada *patológica*, onde raramente se pondera a Segurança do Doente e se foca sobretudo na culpa e na penalização de alguém, não se conhecendo a importância da aprendizagem com o erro (Kirk et al., 2007).

E sob este “chapéu”, os **objetivos específicos** de **Segurança do Doente não existem** e **não** se avaliam **precocemente** **situações** de **risco**. Existem **tentativas** de **mudança** na CSD, mas as condições de **trabalho** em **excesso** e a grande **resistência** à mesma condicionam a evolução. As **pessoas** pareceram **avessas** à mudança, sabendo-se claramente que é **preciso mais trabalho** sobre CSD nos locais, sobretudo nos locais deste nível **cultural** (Quadro 39).

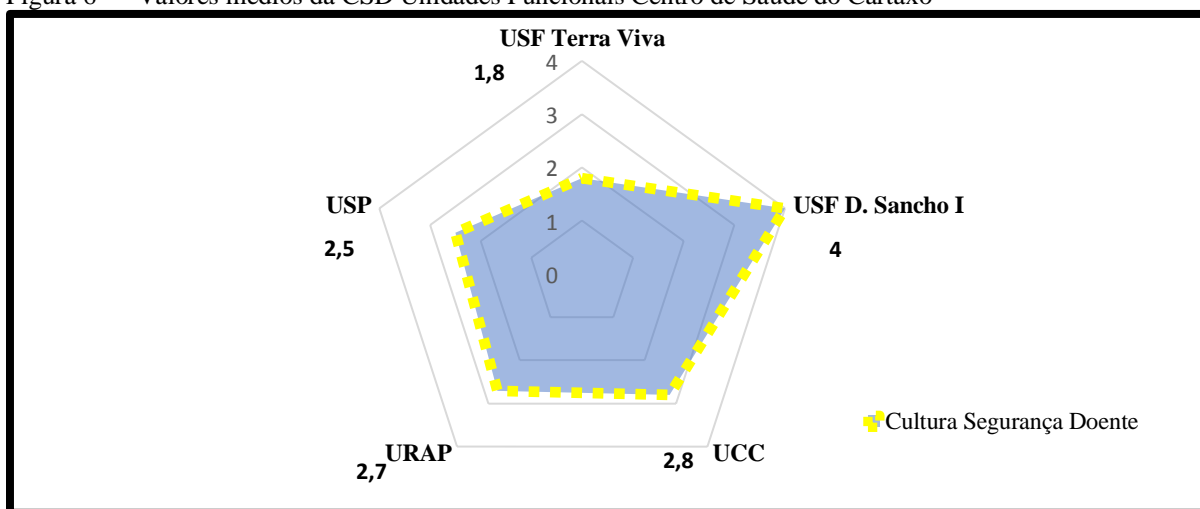
Tendo enquadrado todas as respostas dos profissionais de saúde num nível de maturidade de CSD, importa refletir sobre as unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo, de modo individual.

(5.) Níveis de maturidade de CSD das unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo

Ao mapear os resultados de maturidade em CSD nas cinco unidades funcionais, percebeu-se que a CSD oscilou entre **1,8** (um vírgula oito) valores, próxima de uma **cultura reativa**, na USF Terra Viva, onde tendencialmente a organização se preocupa com a segurança quando acontecem problemas e **4** (quatro) valores, na USF D. Sancho I, onde a CSD se aproxima de uma **cultura proativa**, que estabelece medidas de Segurança do Doente, mesmo sem ocorrência de Eventos Adversos, próxima da cultura ideal em Segurança do Doente. A UCC obteve **2,8** (dois vírgula oito) valores, a URAP totalizou 2,7 (dois vírgula sete) valores e a USP **2,5** (dois vírgula cinco) valores. Portanto, o valor médio da CSD do Centro de Saúde Cartaxo é de **2,7** (dois vírgula sete) valores. Importa agora perceber a realidade individual da CSD nas unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo (Kirk et al., 2007) (ver Figura 6).

Para compreensão das diferenças entre as unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo relativamente à CSD, analisa-se cada uma individualmente pela seguinte ordem: Unidades de Saúde Familiar, Terra Viva e D. Sancho I Unidade de Cuidados na Comunidade; Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e Unidade de Saúde Pública.

Figura 6 — Valores médios da CSD Unidades Funcionais Centro de Saúde do Cartaxo



Fonte: Entrevistas

Na USF Terra Viva registaram-se 12 indicações: seis no nível um, quatro no nível dois e duas no nível quatro, o que perfaz uma média de **1,8** (um vírgula oito) valores em CSD (figura 6).

Selecionaram-se sobre o assunto as frases mais representativas (ver Quadro 40).

Quadro 40 — Frases representativas da CSD *Unidade Saúde Familiar Terra Viva*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Uma tentativa para que exista cultura de segurança, a nossa equipa faz efetivamente tentativas”
“Pondo-lhe o nome, chapéu segurança não, mas existe preocupação com os aspetos deontológicos, éticos da prestação de cuidados, sim, e no fundo também é base da prestação de cuidados”
“Unidade pressupõe equipa, global não existe, micro-equipas, uma equipa global e articulada entre si não”

Fonte: Entrevistas

Para aprofundar o conhecimento sobre a CSD da Unidade Saúde Familiar Terra Viva, apresentam-se as ideias relevantes e as palavras-chave (ver Quadro 41).

Quadro 41 — Ideias relevantes da CSD *Unidade Saúde Familiar Terra Viva*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“ Sensibilizados , pouca equipa. É USF, mas UCSP, algumas pessoas preocupadas registos, indicadores, contratualizado ”	USF alerta CSD/Pouco trabalho equipa Alguns PS atentos registos, indicadores
“Uma grande resistência a coisas novas , à novidade, é preciso ir batalhando , num Centro de Saúde ou num Hospital”	Grande resistência mudança/investimento
“A equipa está preocupada, equipa global não existe, só micro-equipas , mas global e articulada entre si, não ”	Pouca reflexão individual/equipa CSD Equipa preocupada/micro-equipas

Fonte: Entrevistas

A Unidade de Saúde Familiar Terra Viva está **sensibilizada e preocupada** com o tema, mas também foi apontado o **pouco trabalho de equipa** (indicado como necessário), coexistindo **micro-equipas** dentro da **grande equipa** da unidade. Talvez **falte mais e melhor reflexão individual** e de **equipa**, um **maior investimento** para diminuir a grande **resistência à mudança**. Também se soube que existem **profissionais de saúde** preocupados em **fazer os registos**, em **cumprir os indicadores contratualizados** e em melhorar as práticas, mas subsiste uma necessidade considerável de **sistematizar procedimentos**, para que na **equipa**, se façam as coisas sempre do **mesmo modo**: “as coisas estão melhores, mas ainda tem de se evoluir” (Quadro 41).

Na USF D. Sancho I registaram-se 12 indicações, quatro no nível cinco, quatro no nível quatro e quatro no nível três, perfazendo uma média de **4** (quatro) valores em CSD. Selecionaram-se as frases mais representativas (ver Quadro 42).

Quadro 42 — Frases representativas CSD *Saúde Familiar D. Sancho I*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“É uma equipa preocupada com esta questão, não existia propriamente, foi trabalhada, foi criada, nesse aspeto o processo de Acreditação ajudou a criar esta cultura, esta forma de estar”
“Tem vindo a melhorar, existem coisas que começamos a fazer, mas existem erros. Como a teoria do queijo suíço, perceber onde passa o erro, criar uma barreira, estamos mais despertos, Acreditação fundamental”
“Nesta equipa, houve um <i>upgrade</i> grande, e normalmente isso acontece tanto nas USF’s como nos CS tradicionais quando existe interesse e equipa, com a equipa existem menos hipóteses de ocorrer o erro”

Fonte: Entrevistas

Para aprofundar o conhecimento sobre a CSD da Unidade Saúde Familiar D. Sancho I apresentam-se as ideias relevantes e as respetivas palavras-chave (ver Quadro 43).

Quadro 43 — Ideias relevantes da CSD *Unidade Saúde Familiar D. Sancho I*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Os mapas de riscos, Eventos Adversos , qualquer ocorrência com o doente faz-se o registo, avaliação, encaminhado ao ACES. Existe a Plataforma Notific@ , que conhecemos e usamos ”	Mapa riscos/EA/ocorrências Registo/Avaliação/Encaminhamento Plataforma Notific@ (conhecimento/uso)
“Muito trabalho de base, muitas reuniões, muitos anos de alterações . Portas gabinetes fechados nos tratamentos para não existir acesso à informação. Não existem lugares perfeitos ”	Notificação/Trabalho base, equipa, reuniões Alterações difíceis introduzidas
“Quando algo está menos bem, tomam-se as atitudes . Para os utentes , tem-se melhorado . Uma equipa unificada , trabalha assuntos em equipa, a opinião individual no consenso ”	Grande preocupação tema (consensos) Algo menos/correção/melhoria doente Equipa unificada/opinião individual

Fonte: Entrevistas

Na unidade de Saúde Familiar D. Sancho I encontrou-se uma imensa preocupação com o tema e soube-se que **quando** algo está **menos bem**, se fazem as **alterações** no sentido da **melhoria**, com a **plena consciência** de que **não existem sítios perfeitos**, mas sítios **onde o trabalho** é muito e **contínuo**, onde existem **melhorias constantes**, pensadas **considerando** o **doente**. Outra mais-valia, é o fato de a **equipa** estar **unificada** e trabalhar **todos os assuntos** em **conjunto**, levando em **consideração** a **opinião** de todos, para um **consenso final**, que **prevalece**. Foi referido que as **alterações introduzidas** nem sempre foram ou são **fáceis**, mas quando **necessárias**, a **equipa** indica que as **faz**. Todas as **ocorrências** são **registadas, avaliadas e encaminhadas**. Implementam-se **alterações** necessárias e como indicado “existe empenho, uns numas tarefas, outros noutras”. Elaboram-se **mapas de Eventos Adversos** e de **risco**, e as respetivas **análises raiz** e introduzem-se na **plataforma Notific@** (Quadro 43).

Na UCC há dez indicações, cinco no nível dois, duas no nível três e três no nível quatro, o que perfaz um valor médio de CSD de **2,8** (dois vírgula oito) valores. Apresentam-se as frases mais representativas (ver Quadro 44).

Quadro 44 — Frases representativas da CSD da *Unidade Cuidados Comunidade*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Na UCC temos outra maturidade, pela complexidade de situações que enfrentamos, a maturidade das situações com que lidamos, não só maturidade pessoal, mas o tipo de cuidados, aquilo a que temos de dar resposta”
“Acho que ainda estamos bastante aquém daquilo que poderia ser feito, mas cada vez mais, vamos conseguindo uma maior articulação, com as unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e o Hospital”
“Uma pessoa faz de acordo com a sua consciência, mas a coisa não está formatada, e nem sempre todos temos as mesmas orientações, devia haver mais organização, existir uma pessoa de referência para certos assuntos”

Fonte: Entrevistas

Para aprofundar o conhecimento sobre a CSD da Unidade de Cuidados na Comunidade apresentam-se as ideias relevantes e as palavras-chave (ver Quadro 45).

Quadro 45 — Ideias relevantes da CSD da *Unidade Cuidados na Comunidade*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A UCC é preocupada com estas questões, o trabalho de equipa, a articulação, preocupamo-nos bastante com segurança”	Equipa bastante preocupada Trabalho equipa/Articulação colegas
“A prioridade dum terapeuta não é do serviço social, mas existe boa articulação, um protocolo em nós mesmos e depois a equipa ”	Prioridades profissionais diferentes Mudanças individuais/de equipa

“A reunião é importante, como enfermeiros temos autonomia . Não temos sempre o raciocínio de atenção a pontos-chave , uma <i>checklist</i> ajudaria”	Reunião/autonomia equipa Pontos-chave não estruturado <i>Checklist</i> boa prática
--	--

Fonte: Entrevistas

A Unidade Cuidados na Comunidade tem uma **equipa preocupada** com o assunto, tratado em grupo, apesar da **coexistência** de **prioridades profissionais diferentes**, devida à **multidisciplinaridade** da **equipa**, que indica ter **autonomia profissional**, trabalhar numa base de **boa articulação**, numa **visão conjunta** dos **assuntos** e considerando a **reunião semanal** de **equipa** como uma **boa prática**. Ainda assim, existe **potencial de evolução**, nomeadamente no **raciocínio** e nos **pontos-chave**, a serem produzidos sempre do mesmo modo, em todos os atendimentos feitos, com recurso a uma **checklist** de verificação **que todos** confirmem da mesma forma, nos **atendimentos** e **prestações de saúde**. É interessante ouvir “mudança é primeiro individual e depois de equipa, sem ela o grupo não evolui” (Quadro 45).

Na URAP há três indicações, uma no nível um, uma no nível três e uma no nível quatro, perfazendo um valor médio de CSD de **2,7** (dois vírgula sete) valores. Sobre o assunto elegeram-se as frases representativas (ver Quadro 46).

Quadro 46 — Frases representativas da CSD da *Unidade Recursos Assistenciais Partilhados*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Eu por mim falo, não estou identificada, as pessoas não sabem se eu sou profissional ou utente, não é, não ando de bata, não tenho crachá, ando sem nada e portanto, também não sirvo de grande ajuda”
“Não temos segurança, a colega enfermeira, às vezes é abordada de uma forma negativa pelos doentes”
“Os lixos são tirados diariamente, a limpeza do chão, muitos dias que acho que tiram os lixos e mais nada, que o gabinete tivesse um ar mais cuidado, menos rachas nas paredes, mantenho a janela aberta para ventilar”

Fonte: Entrevistas

Para aprofundar o conhecimento sobre a CSD da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados apresentam-se as ideias relevantes e as palavras-chave (ver Quadro 47).

Quadro 47 — Ideias relevantes da CSD da *Unidade Recursos Assistenciais Partilhados*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Não estou identificada, não sabem se sou profissional ou utente , não ando de bata ou crachá. Não existe cultura equipa ”	Não-identificação do profissional de saúde Procedimento equipa não existentes
“ Preocupados , não temos segurança, uma enfermeira foi ameaçada e pensei que não acontecia se houvesse uma divisória”	Preocupação PS CSD (depende cada um) Procedimentos equipa proteção (inexistente)
“Uma série de coisas podiam ser diferentes, a forma de falar, pensar, mas não existem reuniões ”	Procedimentos não-uniformes equipa Não pensa CSD/Reuniões inexistentes

Fonte: Entrevistas

Ou seja, **não existem reuniões** de **equipa**, a equipa **não se junta** para pensar **atuações normalizadas** que **protejam** o **doente** e o **profissional**, estando muito **dependente** da opinião do **profissional**, como exemplo soube-se: “não estou identificado, isso não ajuda nem o doente, nem o sistema. Uma **falta** de **reflexão** que **não protege** o sistema (ver Quadro 47).

Na USP há duas indicações, uma no nível um e uma no nível quatro, o que corresponde a um valor médio de CSD da Unidade Saúde Familiar D. Sancho I de **2,5** (dois vírgula cinco) valores. Selecionaram-se as frases mais representativas (ver Quadro 48).

Quadro 48 — Frases representativas da CSD da *Unidade Saúde Pública*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Quero acreditar que as pessoas se preocupam com esta questão da segurança, com o conforto do doente”
“Quem está em contato direto com o doente acredito que haja sempre uma falha ou outra, nem se percebe”

Fonte: Entrevistas

Para aprofundar o conhecimento sobre a CSD da Unidade de Saúde Pública apresentam-se as ideias relevantes que enriquecem o conhecimento e as palavras-chave (ver Quadro 49).

Quadro 49 — Ideias relevantes da CSD da *Unidade Saúde Pública*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“No contato direto com o doente existem falhas, apercebo-me assistentes operacionais trazem tudo disciplinado . Acredito que se preocupam com conforto doente”	Sempre falhas CSD não intencionais Preocupação CSD Colaboração AO na CSD
“Edifício mal concebido . Existem erros físicos que condicionam o desempenho dos profissionais. As alterações feitas não ajudaram nalgumas situações.”	Edifício não facilitador CSD Edifício condiciona desempenho PS/sistema Alterações não melhoram CSD

Fonte: Entrevistas

Encontrou-se **preocupação** dos **profissionais** com o tema e considerou-se que **existem sempre falhas**, mas **sem intenção**, ou **mínimas** no **risco** que acarretam ao doente, e nesta unidade, os **assistentes operacionais** foram **observados** como **facilitadores**. De acordo com os profissionais de saúde, a **construção** do **edifício condiciona** a **CSD** e o **desempenho** do **sistema** e dos **profissionais**, pois houve alterações ao “longo dos anos, que não conduziram a melhorias significativas” (Quadro 49).

Em síntese, não existe uma CSD uniformizada no Centro de Saúde do Cartaxo, muito menos uma que pondere a prevenção em segurança; a média de **2,7** (dois vírgula sete) é o resultado de valores unitários tão distintos quanto **2,5** (dois vírgula cinco) e **4** (quatro) valores. A CSD é mais desenvolvida nas unidades em processo de **Acreditação** em Saúde. O papel da **equipa** parece ser crucial na discussão dos problemas que vão surgindo e na implementação de soluções e medidas. Soube-se que é normal ocorrerem Eventos Adversos mas, na mesma proporção, também é usual que se escondam, sem partilha ou aprendizagem.

A análise da **primeira área-chave** permitiu **compreender** a *informação e a formação dos profissionais de saúde sobre Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*.

A **segunda área-chave** analisa os eventos adversos nos Cuidados de Saúde Primários.

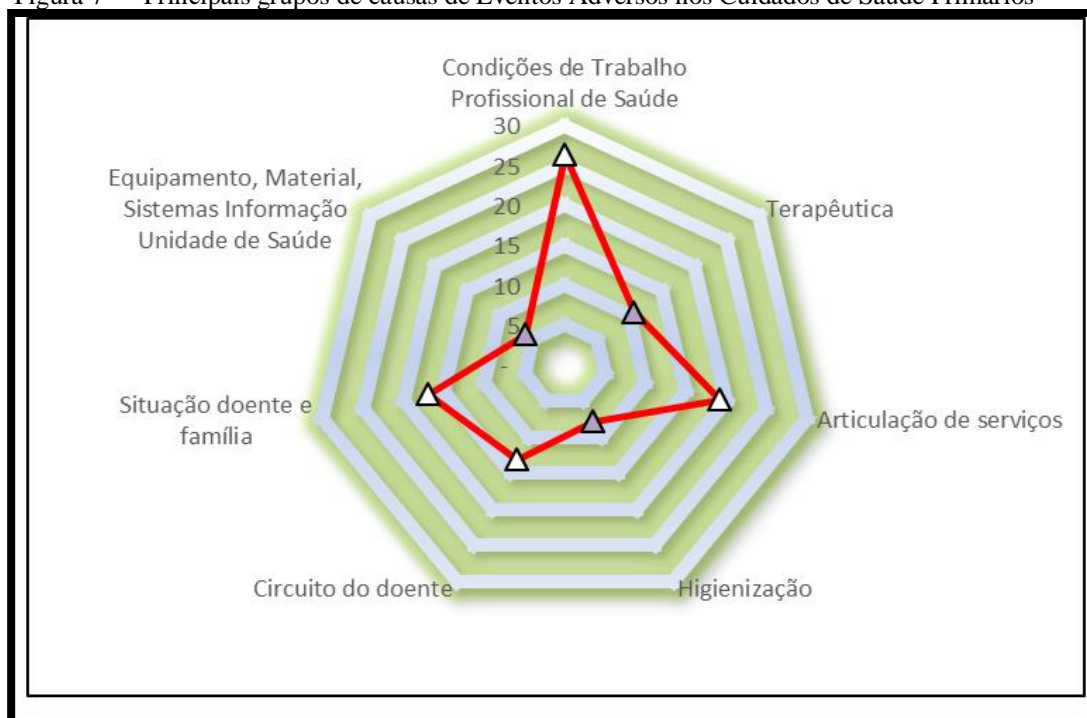
4.2 AVALIAÇÃO DAS CAUSAS DE EVENTOS ADVERSOS

A segunda área-chave, caracteriza-se por **compreender as principais causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários**. A pergunta “qual(ais) as causas que propiciam Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários?” serviu de mote ao **tema c)**, com os seguintes objetivos específicos: **identificar** as principais causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários e **descrever** os principais grupos de causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários.

4.2.1 (c) Causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários

Os dados somaram 244 referências organizadas em 7 categorias. Notoriamente, 75,4 % dos dados reúnem-se em 4 categorias: (1.) *condições de trabalho do profissional de saúde* com 26,2 % de dados; (2.) *articulação de serviços* com 19,3 % de dados; (3.) *situação do doente e família* 16,8 % e (4.) *circuito do doente* com 13,1%. As categorias que obtiveram menor expressão foram: (5.) *terapêutica* com 10,67% de dados; (6.) *higienização* com 7,8% de dados e (7.) *equipamentos, material e sistemas de informação* com 6,1% de dados (ver Figura 7).

Figura 7 — Principais grupos de causas de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários



Fonte: Entrevistas

As sete categorias serão analisadas individualmente por ordem decrescente de frequência.

(1.) *Condições de Trabalho do Profissional de Saúde*

As *condições de trabalho do profissional de saúde* agrupam 26,2 % de dados, um total de 64 indicações (figura 7). Sintetizam-se as frases mais representativas (ver Quadro 50).

Quadro 50 — Frases mais representativas sobre as *Condições de Trabalho do Profissional de Saúde*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Andamos num <i>stress</i> , numa lufa-lufa tão grande, que tudo pode correr mal”
“Uma coisa que me preocupa muito é a sobrecarga de trabalho”
“Talvez falte prepararmo-nos para situações adversas e atuar no momento certo, simular torna mais fácil”

Fonte: Entrevistas

Na categoria *condições de trabalho do profissional de saúde* as 64 indicações, distribuem-se por dez subcategorias, por ordem de frequência (ver Tabela 10).

Tabela 10 — Subcategoria relativas às *Condições de Trabalho do Profissional de Saúde*

	Ocorrências
Trabalho sob pressão/<i>stress</i>	14
Informação/formação serviço	12
Grande volume trabalho	10
Horário pouco tempo reflexão/organização	5
Tempo consulta/atendimento	5
Segurança do Contexto	5
Acesso Profissional de Saúde	5
Fardamento	5
Rácio desajustado profissional/doente	2
Desmotivação	1
	Σ64

Fonte: Entrevistas

Apresentam-se as ideias mais relevantes e as respetivas palavras-chave (ver Quadro 51).

Quadro 51 — Ideias mais relevantes das *Condições de trabalho do profissional de saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A velocidade e <i>stress</i> favorecem erro nas profissões , depende postura, treino, orientação individual . Aquele dia/tempo para domicílios em excesso trabalho . Sobrecarga de trabalho , o volume imenso de consultas, urgência 15” , rotina, 20” , pouco tempo e profissionais, população”	EA velocidade/ <i>stress</i> /volume consulta Visita Domiciliária (tempo/horário) Reação PS pressão/ <i>stress</i> postura, treino PS excesso, sobrecarga trabalho/poucos PS Tempo consulta (urgência-15’/rotina-20’)
“ Não rotinados . A formação para situações adversas, medicamentos , preparo, simular . Técnicas não cumprirem normas . Não se estimula cultura de reflexão , sem tempo pensar no que se faz, desmotivação compromete ”	Falta rotina atuação EA/existe desmotivação Formação ajuda/ Técnica cumpre normas Cultura reflexão não estimulada/pensar
“ Agredidos e com riscos . Fala-se menos no profissional, preocupa . Depende profissional encarar a acessibilidade, boa , mas leva a cansaço e erro . O uso da bata almoço , dá jeito (telemóvel, chaves), comprada por nós”	Preocupação segurança PS (riscos/agressão) Acessibilidade PS boa/má (cansaço/EA/perspetiva individual) PS bata pausas/aquisição

Fonte: Entrevistas

Completando 14 indicações de profissionais de saúde, das USF’S e da UCC, a maioria das causas referidas acerca das *condições de trabalho do profissional de saúde* devem-se ao *trabalho do profissional de saúde ser realizado sobre pressão e stress*, propiciando eventos, o que é mau para o **profissional** e para o **doente**. Também se soube que existe **pressão** e **stress** na **visita domiciliária**, restringida àquele **dia/tempo** para ser **feita**. Desses profissionais, um

total de 12 (sete da USF Terra Viva e cinco da UCC) referiu que a **postura**, a **formação** e a **predisposição individual** do **profissional de saúde** suportam e ajudam na gestão da **pressão** e do **stress**. Ou seja, a *informação e formação* e a respetiva preparação são essenciais no âmbito do serviço, para **efetuar** uma **maior e melhor rotina de ação** e de **organização** face a **situações adversas, procedimentos e técnicas**. Ficou patente que a **falta de formação** é, em si mesma, **potenciadora** do **Evento Adverso** no contexto.

O *grande volume de trabalho* obteve dez indicações de profissionais de saúde de todas as unidades funcionais, um **aspeto diariamente sentido** e que **remete**, reiteradamente, à **pressão**, ao **stress**, ao **esgotamento** e à **fadiga**, com **profissionais** (cerca de trinta anos) a indicarem **cansaço**: “eu trabalhei na urgência de um hospital e este contexto é esgotante”, o que é preocupante, dado o excesso de trabalho levar, em todas as profissões, ao mau funcionamento. O cansaço trás *desmotivação* a um profissional da URAP.

De seis profissionais (dois USF Terra Viva, dois da UCC, um da URAP) soube-se que o horário semanal inclui *pouco tempo para reflexão e organização (pressões)*, ou seja, uma **cultura de reflexão** que, apesar de necessária, parece **não** ser **entendida** ou estimulada pela organização, um aspeto que totaliza cinco indicações. O *tempo consulta/atendimento* integra o alinhamento nacional, dos mais **desajustados** da OCDE, com cinco indicações de médicos e enfermeiros (OPSS, 2015, 2016, 2017).

Um total de cinco participantes de todas as unidades funcionais falaram sobre a *segurança do contexto*, mencionando a sua insegurança. Também se ouviu de cinco participantes, que partilham a estrutura física do Centro de Saúde do Cartaxo (USF Terra Viva, UCC, URAP e USP) que é muito *fácil aceder ao profissional de saúde*.

Nas *condições de trabalho do profissional de saúde*, surgiram ainda 5 indicações sobre *fardamento* (três da USP e dois da URAP), pelo mau uso nas **pausas** e **hora de almoço**. Um profissional da URAP assinalou aspetos sobre a responsabilidade da sua **aquisição**, que deveria ser da **organização** e não do **profissional de saúde**, como acontece.

Em menor número, surgiram duas indicações (um da USF Terra Viva e um da UCC), sobre o *rácio profissional/doente* que parece *ser ou estar desajustado*, ou seja, os **profissionais de saúde** são poucos para uma **determinada população**, não facilitando a observação do doente no **todo**, no **contexto de vida**, na **proximidade** e em estreita **colaboração** (Quadro 51).

(2.) *Articulação de Serviços*

A *articulação de serviços* agrupa a segunda maior causa de possíveis Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários, um total de 19,3 %, com 47 indicações (Figura 7).

Foram sintetizadas as afirmações mais representativas (ver Quadro 52).

Quadro 52 — Frases representativas sobre a *Articulação de Serviços*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Não estamos no mesmo nível ou estágio de maturidade face a sigilo profissional, muito importante”
“Constantemente a ser interrompidos na consulta pelas assistentes técnicas e pelo doente. Quando se atende (criança, idoso, se fazem vacinas) é mais preocupante”
“Os bombeiros têm de levar o doente de maca, uma ginástica doida sem condições de segurança”

Fonte: Entrevistas

Dividem-se em três subcategorias as ideias significativas das 47 indicações por ordem decrescente de frequência (ver Tabela 11).

Tabela 11 — Subcategorias relativas à *Articulação de Serviços*

	Ocorrências
Uniformização procedimentos dentro Unidades Centro de Saúde	33
Articulação serviços externos Centro de Saúde	8
Articulação com outros níveis de cuidado	6
	$\Sigma 47$

Fonte: Entrevistas

Apresentam-se as ideias mais relevantes e as respetivas palavras-chave (ver Quadro 53).

Quadro 53 — Ideias mais relevantes da *Articulação de Serviços*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Não estamos igual nível/ maturidade sigilo profissional. Constantemente interrompidos na consulta assistentes técnicas, doente (criança, idoso, vacina). O telefone toca muito. Faltam procedimentos escritos, discutidos, assumidos. Ajuste idade população crianças/tomadas”	Sigilo/confidencialidade (muito importante) PS interrompido (AT/doente/telefone) (tentativa diminuição) Falta atuação escrita, discutida, assumida Adequação idade doente (criança/tomada)
“Nome completo, identificar bem. Se doente errado, tudo errado. Falta comunicação PS, leva insegurança. Também O tempo de espera obter consulta, 8 horas na fila. Números processo iguais entre unidades favorece falha”	Procedimento doente certo (nome completo) Grande tempo espera consulta/fila CS (varia) Números processo igual/unidade diferente Falta comunicação PS unidades (insegurança)
“Entrada RNCCI com transporte, falha marcação. Os bombeiros levam maca sem segurança. A articulação Hospital e CS em prognóstico e ganhos, RNCCI melhor”	Transporte programado/transporte acamados Articulação Hospital/CS (alta não avisada) Articulação RNCCI (potencial melhoria)

Fonte: Entrevistas

Sobressaiu uma forte preocupação com os *procedimentos uniformizados dentro da unidade de saúde*, com 33 indicações. A maioria dos dados revelou falta de procedimentos uniformes no tema *sigilo/confidencialidade*, como **muito importante**, por 7 profissionais de saúde da USF D. Sancho I em Pontével, e no qual os **profissionais saúde estão em diferentes estádios/níveis**, dado este não ter sido indicado noutras unidades. Outra preocupação deve-se à *interrupção de consultas* (seis indicações da USF Terra Viva). A interrupção ao profissional de saúde é **constante** por parte dos **assistentes técnicos**, criando apreensão sobretudo quando, na consulta se fazem **vacinas** e/ou estão **crianças** ou **idosos**. Em similar destaque surge o *atendimento telefónico*, pois o **telefone toca muito/ existe** muita **passagem** de **chamadas durante as consultas**, embora os cinco participantes da USF Terra Viva **tenham referido** que existe uma **tentativa de diminuição** desta situação.

Outro aspeto, citado 5 vezes, deve-se à *troca de doente*, originada pela **não-uniformização** da solicitação do seu **nome completo**. Esta parece ser uma **boa prática (não-uniforme)**, pedir o **nome completo** ao doente, e assim **evitar trocas**.

O *grande tempo de espera* para **obter uma consulta** preocupa três profissionais de saúde da USF Terra Viva, que dizem que a **forma mais rápida é aguardar na fila, na rua**, antes do **Centro de Saúde** abrir, o que não é agradável, mas “é assim, sempre foi assim, poderá ser diferente?”, uma situação que varia de local para local.

Estas dificuldades processuais poderão ser contidas e niveladas, se for implementada a sugestão de três participantes da UCC: os **procedimentos** serem **escritos, discutidos e assumidos** por todos, para que o **profissional de saúde** desenvolva **cada atividade** de acordo com uma rotina comum. Existe uma forte necessidade de os *procedimentos serem únicos e assumidos em equipa*, dada a grande dispersão e diversidade do contexto.

A *falta de comunicação dos profissionais de saúde dentro das unidades*, com duas indicações de profissionais da USP, propicia **insegurança** no interior das organizações. Outras situações consideradas, apesar de menos referidas (uma indicação cada), foram a uniformização face à *idade do doente*, **essencial** para a adequação da **atividade**, sendo disso exemplo a **proteção de tomadas no atendimento a crianças**, e a **preocupação** com o *número de processo ser igual em unidades funcionais diferentes*.

Na *articulação de serviços*, enquanto **contexto de forte complexidade organizacional** e interação com a comunidade, surge a subcategoria *articulação com serviços externos ao Centro de saúde*, com oito indicações, relativas à *articulação com o serviço de ambulâncias* e com os *profissionais que transportam doentes*. Quanto à primeira ideia, quatro profissionais de saúde da UCC mencionaram que o *serviço de ambulâncias*, mesmo quando está **programado e organizado, falha**. Para quatro profissionais da USF Terra Viva, as *condições de trabalho de bombeiros/profissionais afins* **não são seguras**, sobretudo pelo tipo de **doentes** que são **transportados**, muitos **acamados**, o que por si só propicia falhas nos transportes.

A **articulação** de serviços também é *preocupante com outros níveis de cuidados de saúde*, uma subcategoria com seis indicações. Face à articulação com o *Hospital Distrital*, surgiram duas indicações da UCC e duas da USF Terra Viva. Foi referida a necessidade de uma melhor **articulação** na **gestão** da **alta de doentes** que vêm para a comunidade, sem **pré-aviso**, o que é bastante inquietante nos **doentes** com um **prognóstico funcional positivo**, que poderiam ganhar com efetivos **cuidados** contínuos. Quanto à articulação com a *Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados*, somou duas indicações da UCC, e soube-se que existe **potencial de melhoria** apesar de já existir bastante **articulação** (Quadro 53).

(3.) Situação do doente e família

A situação do doente e família totaliza 16,8 % dos dados, que correspondem a 41 indicações (Figura 7). Sobre o assunto sintetizaram-se as afirmações mais representativas (ver Quadro 54).

Quadro 54 — Frases representativas sobre a Situação do doente e família

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“A situação mental das pessoas é complicada. Profissionais saúde nervosos, <i>stress</i> pela contingência no país”
“Nos domicílios existe uma preocupação, estamos preocupados com a globalidade da habitação e da situação”
“População muito consumidora, utilizadora de cuidados de saúde. Nem todas são iguais, a afluência é grande”

Fonte: Entrevistas

Distribuíram-se as ideias mais significativas das 41 indicações sobre a situação *do doente e família* por três subcategorias, em ordem decrescente de frequência (ver Tabela 12).

Tabela 12 — Subcategorias relativas à Situação do doente e família

	Ocorrências
Situação Clínica do doente	22
Doente e Família	16
Habitação	3
	Σ41

Fonte: Entrevistas

Elegeram-se as ideias mais relevantes e as respetivas palavras-chave (ver Quadro 55).

Quadro 55 — Ideias mais relevantes da Situação do doente e família

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A situação mental das pessoas complicada. Os profissionais saúde nervosos, em <i>stress</i> pela contingência do país. O alcoolismo e toxicod dependência, a metadona trás descompensação, violência doméstica, agressividade psicológica maior que quedas. A situação psicológica do doente precipitada serviço, agride-se, resposta indevida”	Doente problemas saúde mental PS nervoso/ <i>stress</i> contingência país Atendimento alcoolismo, toxicod dependência (metadona) violência doméstica Agressividade psicológica (doente) Serviços/PS alterações psicológicas doente
“A prestação cuidadores, na demência. Dizem, consegue, mas não, sem noção, o não-diagnóstico. A pessoa com demência cozinha, sub-diagnosticada e sem medicação”	Prestação cuidados (demência muito exigente) Difícil noção doente não faz (falta diagnóstico) Subdiagnóstico (sem medicação)
“O domicílio, a globalidade da habitação. A doente demência não estabilizado, protegido, sucedendo queda. O isolamento, os cuidadores trabalham, Centros Dia diminutos. Ida Centro de Saúde tem produtos de apoio, cadeira de rodas. As taxas moderadoras, 5 € CS, 17€ hospital, menos dinheiro/consumo, afluência CS”	Preocupação globalidade domicílio/situação Doente não estabilizado(demência)/risco queda Isolamento/Cuidador trabalha/Centros Dia Doente Produtos Apoio (cadeira rodas) Taxa moderadora (menos dinheiro/mas afluência CS face Hospital)

Fonte: Entrevistas

A subcategoria *situação clínica do doente* somou 22 indicações. O que mais preocupa os profissionais de saúde são os *riscos associados às alterações mentais*, com oito indicações (seis da USF D. Sancho I e duas da UCC), sobre o **doente** ter ou poder ter **problemas de saúde mental graves**. Na USF D. Sancho I, um entrevistado referiu que o **profissional de saúde** também está mais **nervoso/stress** pela **mudança/contingência** do país e por dificuldades partilhadas por todos. Com cinco indicações, falou-se dos *riscos associados a alterações psicológicas* (com uma **prevalência** superior à das **quedas**), **inerentes ao doente**, mas também

oriundos da **forma** como os **serviços** e os **profissionais de saúde** os **abordam** junto dos utentes. Logo depois, seis participantes de todas as unidades indicaram a *situação de fragilidade do doente*, disso exemplo: **alcoolismo**, **toxicoddependência** (programa metadona) e **violência doméstica**. Ainda sobre a situação clínica do doente, obtiveram-se três indicações sobre a hipótese de *atraso ou ausência de diagnóstico* o que **não favorece** o **conhecimento** das capacidades do **doente**. Os **subdiagnósticos** ou **não diagnósticos** não beneficiam o **acompanhamento**.

segunda subcategoria somou 16 indicações relativas ao *doente e família*. Dessas, cinco foram dadas por enfermeiros da UCC, quanto à *prestação dos principais cuidadores*. Parece que a segurança do doente tem muito que ver com esta **prestação**, imperando no **cuidador familiar** uma **dificuldade** na **compreensão** do que o **doente** ainda **consegue** ou **não fazer**. É disso exemplo, o **doente** com **quadro demencial**, uma doença com **comprovada exigência** no cuidar. Na mesma subcategoria, o *isolamento* preocupa três desses cinco profissionais da UCC, as pessoas **estarem isoladas** e não se **sentirem seguras**, até porque muitos **cuidadores** ainda **trabalham**, levando a que o **doente** esteja **sozinho** uma boa parte do tempo. **Existem** respostas para o problema, sobretudo **Centros de Dia**, que são em número **insuficiente** face às **necessidades**. Dos profissionais da USF Terra Viva no Cartaxo, dois indicaram a *situação financeira*. O aumento das **taxas moderadoras** favorece a ida ao **Centro de Saúde** em detrimento do Hospital (mais caro). Como as **pessoas têm menos dinheiro**, este fator é suficiente para, **precipitar** a **afluência** ao **Centro de Saúde**, levando naturalmente à **insegurança** de **serviços** e de **doentes**. Ou seja, e de acordo com três indicações dadas pelas USF, o *doente é consumidor e utilizador de cuidados de saúde* (apesar de se saber que **não é igual** em todos os **locais**), mas no Cartaxo a **afluência é grande**, gerando **insegurança**. Por isso, e de acordo com duas indicações da equipa de enfermagem da USF D. Sancho I, é muito **fácil** o **profissional de saúde** *agredir verbalmente o doente* e ter uma **interação incorreta**, maioritariamente sem **noção**. Da USP, surgiu uma preocupação com os *produtos de apoio do doente* (**cadeira de rodas** ou **produtos para deambular**) que estão *desajustados*.

A última subcategoria é a *habitação*. Somaram-se indicações da equipa de enfermagem da UCC, duas sobre o estado das *condições habitacionais*, a **situação global** da **habitação**, as **condições** para que o doente aí permaneça, sobretudo pela sua fragilidade e doença, e uma sobre o *risco de queda*, que é superior se o doente não tiver a sua situação de doença **estabilizada**, mormente nos casos de **demência** (Quadro 55).

(4.) *Circuito do doente na Unidade de Saúde*

O *circuito do doente na Unidade de Saúde*, totalizou 13,1 % de dados que correspondem a 32 indicações (Figura 7). Sintetizaram-se as afirmações mais representativas (ver Quadro 56).

Quadro 56 — Frases representativas sobre *Circuito do doente na unidade de saúde*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“O circuito do doente devia estar bem demarcado, numerado. É complicado com a reorganização em unidades”
“As instalações dos Centros de Saúde e hospitais são muito “chapa-quatro” muito exíguas”
“Quem quiser é muito fácil aceder aos gabinetes. As pessoas têm salas de espera, mas “colam-se” à porta”

Fonte: Entrevistas

Nas entrevistas reconheceram-se as afirmações mais relevantes sobre o circuito do doente na unidade de saúde, com 32 indicações, distribuídas por três subcategorias em ordem decrescente de frequência (ver Tabela 13).

Tabela 13 — Subcategoria relativas ao *Circuito do doente na unidade de saúde*

	Ocorrências
Circulação na Unidade de Saúde	11
Espaço Físico na Unidade de Saúde	11
Segurança na Unidade de Saúde	10
	Σ32

Fonte: Entrevistas

Elegeram-se as ideias mais relevantes e palavras-chave (ver Quadro 57).

Quadro 57 — Ideias mais relevantes do *Circuito do doente na unidade de saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Fácil aceder gabinetes, existem salas de espera, mas colam-se porta, circuito do doente melhor demarcado , complicada reorganização unidades. mudança de local e/ou instalações , desorganiza o circuito, peessoas atendidas , menos espaço. Falta de sala de espera locais ”	Acesso fácil gabinetes PS Doente não aguarda sala espera/encosta-se portas Circuito doente carece de organização (demarcado/numerado/ falta salas espera) Alteração instalação/altera circuito, serviço, espaço
O corredor é muito pequeno . As instalações dos Centros de Saúde e hospitais “ chapa-quatro ”, exíguas . Faltam instalações adequadas preservar pessoa, crise. Poucas condições de segurança, mau estado , com chuva”	Corredores acesso gabinetes exíguas/pessoas Estrutura Física CS/ Hospitais padronizada/exígua Faltam instalações proteção crise Gabinetes inseguros/mau estado (chuva)
“ Segurança, não sinto segurança nos seguranças , no canto deles . A falta de rampas nalguns locais, nalguns bate-se com a cabeça . É fácil a queda pelos pisos molhados, aviso não visível, disponível ”	Segurança PS, insegurança nos seguranças Mau acesso US/Falta rampa, sítios bate-se cabeça Queda fácil US/Risco queda importante Piso Molhado sem avisos visíveis/disponíveis

Fonte: Entrevistas

A *circulação na unidade de saúde* somou 11 indicações. Preocupa oito profissionais de saúde o *acesso fácil aos gabinetes dos profissionais*, o fato de as pessoas **não esperarem calmamente** nas **salas de espera** e se **encostarem às portas dos gabinetes**. Também foi indicado o *circuito desajustado*, por dois profissionais de saúde da USP e URAP. Parece que o **circuito do doente carece de organização** (melhor demarcação e numeração) e que a reestruturação do Centro de Saúde em **unidades funcionais** veio **dificultar** o **circuito do doente** entre elas. Destes dois profissionais, o da URAP indicou a *inexistência de salas de espera* para todos os **gabinetes de atendimento** a funcionar.

Das 11 indicações da subcategoria seguinte, sobre o *espaço físico na unidade de saúde*, o que mais preocupa, com três indicações são os *corredores de acesso aos gabinetes dos profissionais de saúde*, por **norma exíguos**, com pessoas a “**atropelarem-se no acesso ao profissional**”. Em seguida com duas indicações cada, de médicos e enfermeiros da USF Terra Viva no Cartaxo, referiu-se os seguintes aspetos: *estrutura física do edifício*, *espaço de isolamento para situações de crise* e *condições dos gabinetes de atendimento*. A *estrutura física do edifício*, nos CSP, tende a ser **padronizada** e **exígua** (muitas vezes e nalguns sítios), tendo em conta as **necessidades locais**. No que toca ao *espaço de isolamento para situações de crise* foi referido faltar **instalações** para **preservar as pessoas e gabinetes para proteção específica**, nas **situações de crise**. Face aos *gabinetes de atendimento*, as *condições* não são as melhores, “pouca segurança, estado geral, com chuva”. Ainda na mesma subcategoria, dois profissionais de saúde da UCC citaram as *constantes alterações no espaço físico das unidades de saúde*. Os dois profissionais referiram-se às constantes **mudanças** físicas nas **instalações**, que têm condicionado o **circuito do doente**.

A terceira subcategoria, sobre *Segurança na Unidade de Saúde*, somou 10 indicações, das quais quatro relativas à *equipa externa de segurança* **não colaborar o suficiente** com a **segurança da Unidade de Saúde** e prestar **pouca colaboração ao profissional de saúde**. Com três indicações, surgiram aspetos relativos a *acessos*, por **inexistência de rampas** e por existirem **locais** onde o **doente se magoa**. Quem falou sobre acessos, deu duas indicações relativas ao *risco de queda* na **unidade de saúde** o que parece ser fácil de acontecer. E apesar de o risco de queda existir, sem que nenhum fator externo o precipite, este aumenta sempre que *o piso está molhado* e não são colocados **avisos obrigatórios visíveis** (Quadro 57).

(5.) *Terapêutica*

A *terapêutica* somou 10,7 % de dados relativas a 26 indicações (Figura 7).

Sobre o assunto, as afirmações mais representativas, foram sintetizadas (ver Quadro 58).

Quadro 58 — Frases representativas sobre *Terapêutica*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Qualquer terapêutica tem um risco. É importante refletir se ao administrar se faz a técnica correta, a cumprir os prazos de validade, se tudo aquilo que eu uso com aquela pessoa cumpre normas de segurança”
“Vacinas, medicamentos que devem estar selados, caixas muito iguais, mesma cor, armazenados ao pé”
“Termos a certeza de que é o produto certo para o doente certo”

Fonte: Entrevistas

Apresentam-se as afirmações mais relevantes sobre *terapêutica*, um assunto com 26 indicações, distribuídas por 3 subcategorias (ver Tabela 14).

Tabela 14 — Subcategorias relativas à *Terapêutica*

	Ocorrências
Administração	14
Armazenamento	7
Erro do profissional de saúde	5
	$\Sigma 26$

Fonte: Entrevistas

Para conhecer melhor o assunto, elegeram-se as ideias mais relevantes e palavras-chave (ver Quadro 59).

Quadro 59 — Ideias mais relevantes sobre *Terapêutica*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“ Erro medicação, terapêutica, um risco. A administrar uma medicação faço técnica correta, cumpro prazos validade, normas. O erro administração de vacina ”	Terapêutica risco (medicação/vacinas) Reflexão administração medicação (técnica correta, validade, normas)
“ Vacinas, medicamentos que devem estar selados, caixas muito iguais, a mesma cor, armazenados perto. O correto armazenamento vacinas, medicação é fulcral ”	Vacina preocupa armazenamento (caixas seladas/vacinas caixas iguais, mesma cor) Armazenamento perto facilita troca medicação
“ O erro clínico, dar o produto doente certo ”	Probabilidade erro PS (produto/doente certo)

Fonte: Entrevistas

Sobre *terapêutica* surgiu, uma forte apreensão, com 14 indicações sobre a *administração*. Dessas, 12 estão ligadas à *medicação*, ouvindo-se que o uso de *terapêutica* tem **riscos**, mais **prováveis** face à **medicação**, o que obriga **sistematicamente refletir**, acerca da sua **administração**, quanto à **técnica** usada, ao **cumprimento** de **datas** de **validade**, e todas as **normas de segurança** previstas. Foram dadas duas indicações face à *administração* de *vacinas* relacionando-as a **possíveis erros**. Outra subcategoria reflete sete indicações sobre o *armazenamento*. Com seis indicações de profissionais de saúde, cinco das USF e um da UCC, soube-se que existe **apreensão face ao armazenamento de vacinas**, que devem estar **sempre seladas**. Em geral vêm em **caixas iguais**, da **mesma cor**, e são **armazenadas**, em **espaços exíguos (perto ou ao lado)**. Da UCC, um profissional de saúde mencionou o **armazenamento da medicação**. A terceira subcategoria é relativa ao *erro do profissional de saúde*, um assunto indicado cinco vezes por um único profissional de saúde. Falou-se sobre a **forte probabilidade do Evento Adverso** que pode ser gerado pelo **profissional de saúde** na terapêutica, **interferindo na segurança do doente**. Deve existir garantia de que se usa sempre o **produto certo no doente certo** (Quadro 59).

(6.) *Higienização*

A *higienização* totalizou 7,8 % de dados relativas a 19 indicações (Figura 7).

Sobre o assunto sintetizaram-se as afirmações mais representativas (ver Quadro 60).

Quadro 60 — Frases representativas sobre *Higienização*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Se as minhas técnicas cumprem as normas de assepsia. Se de doente para doente, família para família existe o cuidado na técnica de higienização, sempre que se faz um penso, quando se toca num doente”
“Andamos de casa em casa, de pessoa para pessoa, de família em família, e temos de proteger-nos. Temos cuidados para protegermos as pessoas em casa. Segurança é ter cuidado quando se trata no domicílio”
“Por exemplo é preconizado o uso de um avental por doente, que não se usa, em muitos locais”

Fonte: Entrevistas

Apresentam-se as afirmações mais relevantes sobre *higienização*, uma categoria com 19 indicações em 3 subcategorias (ver Tabela 15).

Tabela 15 — Subcategoria relativas à *Higienização*

	Ocorrências
Normas assepsia profissional saúde	14
Higienização Instalações Saúde	7
Infeção/Contágio	5
	$\Sigma 19$

Fonte: Entrevistas

Para conhecer melhor o assunto elegeram-se as ideias mais relevantes e as respetivas palavras-chave (ver Quadro 61).

Quadro 61 — ideias mais relevantes da *Higienização*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“As técnicas cumprem as normas de assepsia . De doente para doente , no penso , toco doente , andamos de casa em casa , temos de proteger , proteger as peessoas no domicílio . Indicado uso de um avental por doente , não se usa ”	Assepsia casa/casa (proteção redobrada domicílio) Materiais disponíveis não usados (avental) Técnicas/normas assepsia (penso, tocar doente)
“Papelinho na porta, a sala foi limpa e o quê , e chamar à atenção que não é limpo . É preconizado que a sala limpa x vezes ao dia . O lixo despejado , que não é ”	Confirmar qualidade limpeza registada sala/Chamar atenção não desejável Quantidade limpeza n.º de vezes/lixo despejado
“A infeção cruzada , não se sabe o que a propicia . Contagiosidade nas epidemias, endemias ”	Infeção cruzada (causas/avaliação/prevenção) Perigo contágio epidemias/endemias

Fonte: Entrevistas

Nesta categoria surgiu uma forte apreensão com as *normas de assepsia do profissional de saúde*, uma subcategoria com dez indicações do grupo de enfermagem. Com cinco indicações surgiu a preocupação com a *unidade de saúde*, se as **técnicas** usadas **cumprem** as **normas** de **assepsia**, se de doente para doente, de família para família, existe o cuidado no **cumprimento** das **técnicas** de **higienização**, ao fazer um **penso**, ao **tocar** o **doente**. Também do grupo de enfermagem da equipa da UCC surgiram quatro indicações relativas ao *domicílio*. Foi reforçado o quão importante é o **cumprimento** das **normas** de **assepsia** de casa para **casa**, para **proteger** as **peessoas**, o que requer atenção **redobrada**. Com uma indicação dada por um enfermeiro da USF Terra Viva surgiu o facto de os profissionais de saúde terem um *rácio de material disponível* que **não usam**, uma realidade que parece ser comum. O exemplo é sobre

aventais de proteção individual que nalguns tratamentos não se usam por esquecimento do profissional.

Outra subcategoria mencionada cinco vezes pela enfermagem é a *higienização das instalações de saúde*. No que toca à *qualidade*, esta é uma preocupação da USF D. Sancho I, em processo de Acreditação, uma unidade que deu três indicações e está claramente **preocupada** com a **qualidade da limpeza**. Pode **existir limpeza**, mas **não** ser a **correta**. No que toca à *quantidade*, esta é uma preocupação da USF Terra Viva, que deu duas indicações para o facto de se **contar** as **limpezas feitas**, os **horários**, pois pode não ser efetuada.

A terceira e última subcategoria da *higienização* totaliza quatro indicações e três devem-se ao **desconhecimento** sobre *infeção cruzada* por não se avaliar as **causas** após eventos ocorridos. Para um profissional do grupo médico existe o perigo de *contágio de uma epidemia e/ou endemia* sobretudo por falta de **comportamentos preventivos** em Segurança do Doente nas unidades de saúde (Quadro 61).

(7.) Equipamento, material e sistemas de informação

O tema *equipamento, material e sistemas informação* somou 6,1 % de dados de 15 indicações (Figura 7). Sobre o assunto sintetizaram-se as afirmações mais representativas (ver Quadro 62).

Quadro 62 — Frases representativas da categoria *equipamento, material e sistemas de informação*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“O mobiliário devia favorecer a segurança do utente. É antigo, muito desajustado à fraca mobilidade do doente”
“O facto de reiniciar o sistema várias vezes é uma preocupação do contexto, sistema informático não funcionar”
“Porque é que não distribuem gratuitamente máscaras às pessoas para se protegerem dos contagiados. Aqui, a segurança do utente passa por uma máscara descartável, barata sempre que exista risco de contágio”

Fonte: Entrevistas

Apresentam-se as afirmações mais relevantes sobre *equipamento, material e sistemas de informação*, uma categoria com 15 indicações em três subcategorias (ver Tabela 16).

Tabela 16 — Subcategoria relativas a *Equipamento, material e sistemas de informação*

	Ocorrências
Equipamento Unidade de Saúde	10
Sistemas Informáticos Unidade de Saúde	3
Material Unidade de Saúde	2
	Σ15

Fonte: Entrevistas

Para conhecer melhor o assunto elegeram-se as ideias mais relevantes e as respetivas palavras-chave (ver Quadro 63).

Quadro 63 — Ideias mais relevantes do *Equipamento, material e sistemas de informação*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“No raio-X, a radiação secundária . A pessoa estar sala, no momento do exame . Mobiliário não favorável, antigo, desajustado à fraca mobilidade doente. Tenho dores costas, cadeiras, não confortáveis para miúdos ”	Cuidado radiação equipamento raio-X Mobiliário não favorece SD (antigo, desajustado mobilidade doente/crianças)
“ Sistema informático em baixo, atrasa, reinícios ”	SI “baixo” /não funciona/reinício (atraso)
“Distribuição gratuita máscaras pessoas proteção contágio, simples máscara descartável . A legionella, ares condicionados , a ver connosco. Manutenção ar condicionado não-adequada, falta registos ”	Distribuição gratuita material (máscaras) proteção individual/evita risco contágio Manutenção ar condicionado (registo/legionella)

Fonte: Entrevistas

Na categoria *equipamento, material e sistemas de informação* surgiram dez indicações sobre o *equipamento da unidade de saúde*. Com quatro indicações soube-se que as *cadeiras* são desadequadas, **desconfortáveis** e **desajustadas**. Com duas indicações cada, foram mencionados os seguintes aspetos: *mobiliário desadequado, manutenção do ar condicionado e radiação equipamento de raio-X*. O *mobiliário* não favorece a segurança do doente, é **antigo** e **desajustado** à *fraca mobilidade* do **doente**. A *manutenção do ar condicionado* parece **não** ser a **adequada**, não existindo nas unidades de saúde **registo** sobre o assunto. Os dois profissionais de saúde que indicaram o assunto, enfermeiros, **preocupam-se** com a **propagação** da **Legionella**. Dois profissionais de saúde da URAP preocupam-se com a *radiação emitida pelos equipamentos de raio-X*. Disseram ter **cuidado** com o facto da **pessoa** que faz um **exame** de raio-X só estar na **sala** de exame no momento em que se realiza. A subcategoria *sistemas informáticos nas unidades de saúde* obteve três indicações do grupo médico, pelo **sistema** estar frequentemente em “**baixo**”, um **problema** do **contexto** onde se **reiniciam sistematicamente** os **sistemas, atrasando** uma “manhã de trabalho”. A última subcategoria obteve duas indicações de médicos que falaram sobre o *material nas unidades de saúde*. Na sua opinião, o serviço de saúde deveria **distribuir material gratuito (máscaras)** para uma maior **proteção** de possíveis **contágios** (Quadro 63).

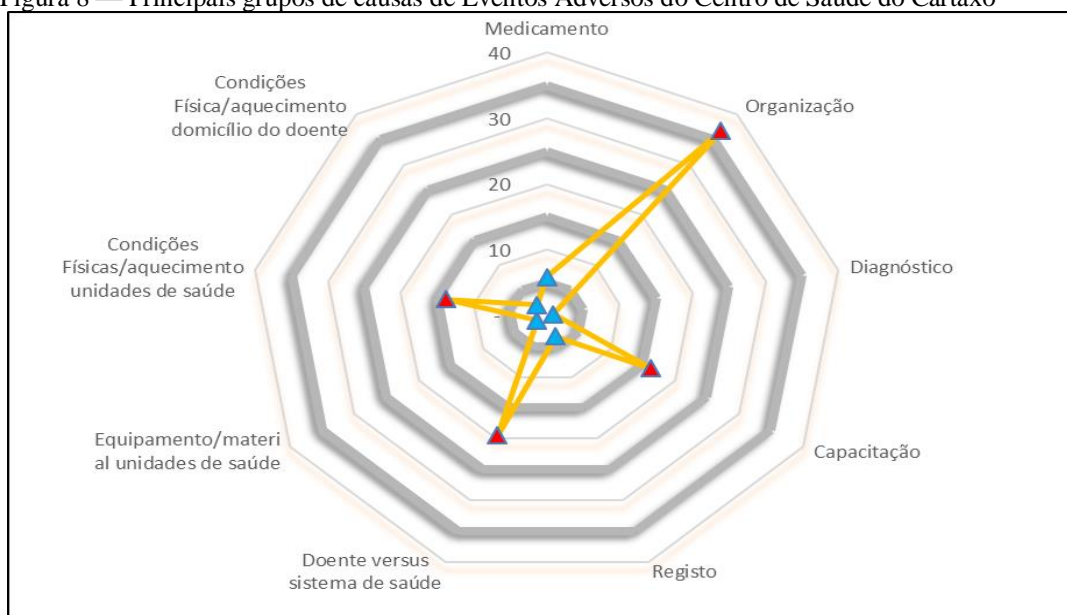
Concluída a análise à **segunda área-chave**, agruparam-se e descreveram-se as principais causas que favorecem a ocorrência de Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários.

A **terceira área-chave** permitirá **compreender** as principais causas de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo e **criar** a Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo.

4.3 TAXONOMIA: CLASSIFICAÇÃO UNIVERSAL DO TIPO DE EVENTOS ADVERSOS

A **terceira área-chave**, a taxonomia — classificação universal do tipo de eventos adversos — prevê **compreender** as principais causas de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo e **criar** a Taxonomia: classificação universal do tipo de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo. Para isso, questionou-se aos profissionais de saúde: *no serviço, quais as causas que levam à ocorrência de eventos adversos?* Somaram-se 377 respostas de todos os profissionais de saúde, distribuídas por onze categorias — os principais grupos de causas de eventos adversos no Centro de Saúde do Cartaxo. Os resultados evidenciam que o Centro de Saúde do Cartaxo apresenta a complexidade logística do contexto, com 31,9 % de dados a relacionarem-se com causas de *organização*, 17 % de *doente versus sistema de saúde*, 14,1 % de *capacitação* e 12 % das *condições da unidade de saúde*. A *comunicação* obteve 8,5 %, o *medicamento*, 5,05 %, a *notificação*, 2,1 %, o *registo* totalizou 3,0 %, as *condições físicas e de aquecimento no domicílio* totalizaram 1,8 %, e os *equipamentos e materiais da unidade de saúde*, 1,3 % de dados. O grupo menos indicado é o de diagnóstico, com 0,8 % de dados (ver Figura 8). Face às indicações somadas, comparativamente às 244 indicações da área-chave anterior, parece que os profissionais de saúde se preocupam com o contexto global, embora notoriamente se preocupem com as causas promovem a segurança do seu trabalho. Também se confirmaram diferenças no tipo e número de indicações face a causas e grupos de eventos adversos, reconhecendo uma avaliação global que se deve particularizar.

Figura 8 — Principais grupos de causas de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo



Fonte: Entrevistas

O conhecimento detalhado do enquadramento teórico e das entrevistas sustentou a divisão da terceira **área-chave** em dois temas:

- (d) *Causas de eventos adversos das unidades funcionais do Centro de Saúde Cartaxo;*
- (e) *Taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo.*

4.3.1 (d) *Causas de Eventos Adversos das Unidades Funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo*

Face às cinco unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo, pretendia-se **identificar** as *principais causas de eventos adversos* e **descrever** os *principais grupos de causas de eventos adversos*. Nas onze categorias, as Unidades de Saúde Familiar obtiveram o maior número de referências no maior número de categorias, contrariamente à Unidade de Saúde Pública, que indicou cumulativamente o menor número de categorias e referências. Passam a analisar-se as unidades funcionais pela seguinte ordem: Unidade Saúde Familiar Terra Viva; Unidade Saúde Familiar D. Sancho I; Unidade de Cuidados na Comunidade; Unidade Recursos Assistenciais Partilhados; e Unidade de Saúde Pública.

(1.) *Causas de Eventos Adversos na Unidade Saúde Familiar Terra Viva*

A partir das treze entrevistas, identificaram-se os excertos que fornecem os dados mais relevantes da Unidade Saúde Familiar (USF) Terra Viva. Somaram-se 114 referências, distribuídas por dez categorias pela ordem decrescente de frequências (ver Tabela 17).

Tabela 17 — Grupos de possíveis causas de eventos adversos da Unidade de Saúde Familiar Terra Viva

	Ocorrências
1. Capacitação	30
2. Organização	27
3. Doente <i>versus</i> sistema de saúde	20
4. Condições físicas e de aquecimento unidades de saúde	17
5. Medicamento	8
6. Notificação	8
7. Registo	5
8. Equipamento e material usado nas unidades de saúde	4
9. Comunicação	1
10. Condições físicas e de aquecimento da casa do doente	1
	∑ 114

Fonte: Entrevistas

Capacitação

Nesta unidade funcional, a categoria *capacitação* tomou a dianteira dos dados, com 30 indicações, que se dividiram em quatro subcategorias pela ordem decrescente de frequências (ver Quadro 64).

Quadro 64 — Ideias relevantes da USF Terra Viva sobre *capacitação*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Desconhecimento medidas prevenção	"Assistentes técnicas e operacionais não colaboram ativamente, um mau <i>front office</i> , que expõe o <i>back office</i> , o profissional de saúde. A vacinar , toca telefone , assistente bate à porta , doente sala espera "	AT/AO (<i>front office</i>) não colaboram PS (<i>back office</i>) Junção de tarefas de insegurança (vacinar, telefone, batem à porta, doente espera)
Não valorização risco evento adverso	"As assistentes técnicas não conseguem organizar o serviço e perceber os diferentes tipos de doente . Não se valoriza o evento e põem em causa uma unidade . Interrompem consulta promovendo falhas "	AT não organizam serviço/doentes Não valorizam EA / em causa unidade interrompem consultas
Redes comunicação profissionais/doentes	"Não consegue dar informação objetiva , tentamos confirmar , mas contraditória , mais difícil no idoso . Faltam médicos , desentendimentos e agressividade latente , carecemos de capacitação "	Doente não passa dados objetivos / confirmação contraditória, difícil idoso Faltam médicos / dificuldades comunicação, agressividade
Redes comunicação entre profissionais	" Atender utente , médica pede-te alguma coisa , toca telefone , o Google Talk , batem porta , redes de comunicação não estabilizadas , sujeitos a evento "	Redes de comunicação profissionais não estão estabilizadas / tarefas cumulativas Maior propensão EA

Fonte: Entrevistas

Surgiram dez indicações de profissionais de saúde diferentes face ao *desconhecimento de medidas de prevenção*: ou seja, urge capacitar um bom *front office* (**assistentes técnicas e operacionais**), que possam dar um **efetivo suporte** ao *back office* (**profissional de saúde**). A sua **colaboração** poderá ser **ativa**, **formando-as** e dizendo-lhes claramente o pretendido, alertando-as de que a **junção** ou **mistura imprevista** de **tarefas** pode **favorecer** o evento adverso.

As assistentes nunca conseguirão verdadeiramente *valorizar o risco do evento adverso* indicado por oito profissionais se não receberem o alerta para a **importância da prevenção** face ao mesmo. O que mais **preocupa** o **profissional de saúde** é que se **interrompam consultas** e **procedimentos** importantes, **que se bata sistematicamente à porta**, **que não se organize o serviço** e não se **compreenda** que nos Cuidados de Saúde Primários se **atendem doentes** muito **diferentes** —desde uma **criança de colo** a um **idoso**. Cumulativamente, as **atividades** que na opinião dos profissionais de saúde da USF Terra Viva parecem propiciar mais eventos adversos são: **vacinar**, **telefone a tocar**, **baterem à porta**, ter **doentes na sala de espera** a aguardar por tratamentos, e receber mensagens pelo **Google Talk**.

Parece que é crucial que as redes de comunicação sejam melhoradas, uma vez que a *comunicação profissional de saúde/doente* somou oito indicações de participantes diferentes. A **comunicação** com o **doente** deve apostar na **confirmação de dados**, pois existe **dificuldade** na **comunicação** de dados objetivos principalmente caso o **doente** seja **idoso** ou não tenha **médico de família atribuído** — aspetos que parecem precipitar **dificuldades** de entendimento/**comunicação** e propiciar **agressividade** face ao profissional. Ou seja, existe uma forte necessidade de **capacitação de todos**: não só do doente/família face ao sistema de saúde,

mas também do próprio sistema de saúde, no sentido de compreender cada vez melhor um doente e uma família frágeis.

Daqueles oito profissionais de saúde, surgiram quatro indicações que reforçam a importância da estabilização das *redes de comunicação entre profissionais* para que os profissionais de saúde, já de si **emaranhados** em **tarefas cumulativas**, não se sujeitem a causas que motivem o evento adverso (Quadro 64).

Organização

A partir das entrevistas, identificaram-se as ideias mais relevantes e palavras-chave da USF Terra Viva sobre a categoria *organização*, assinalada 27 vezes em sete subcategorias por ordem decrescente de frequências (ver Quadro 65).

Quadro 65 — Ideias relevantes da USF Terra Viva sobre *organização*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Tempo consulta atendimento	"Rigorosos tempos estipulados para a consulta, 20" insuficiente, perceptível ao doente, temos de cortar o discurso. Para pessoas com dificuldade na mobilidade é impossível . MGF especialidade além vertente física, social, familiar "	Rigor tempo consulta / 20" escasso Perceptível doente / dificuldade mobilidade MGF doente (física, social, familiar)
Faltam procedimentos normalizados de todas intervenções desde entrada até saída doente	"Estamos sobrecarregados , para darmos resposta a tudo, deixando outras coisas para trás . Isto é motivo de ansiedade e de velocidade face ao que está por fazer, que pode não ser cumprido . Faltam procedimentos face a volume trabalho "	Sobrecarga PS / muito doente (sem resposta / ansioso / velocidade) PS não dá resposta tudo Falta processos gestão volume trabalho / incumprimento
Recursos humanos ausentes/insuficientes	" Faltam recursos humanos para a população — 1900 utentes, mais os que não têm médico de família "	Falta recursos humanos — 1900 doentes ficheiro / sem médico família
Circuito doente dentro sistema	"O doente está numa sala a fazer um aerossol , lá ao fundo, e não está ninguém a vigiar , vamos ao outro lado da unidade fazer outra coisa , é dispersa , uma gestão difícil e a pessoa facilmente anda perdida "	Serviços US dispersos fisicamente RH insuficiente vigilância ao doente / gestão difícil do PS Doente facilmente perdido US
Material de desgaste	" Materiais até existem , poucos se um avental por doente . Stock é curto se feitos muitos pensos"	Materiais existem (insuficientes) <i>Stock</i> limite, muitos tratamentos
Reunião de equipa	"As nossas reuniões são poucas e mal geridas "	Reuniões (poucas, mal geridas)
Higienização de espaços atendimento	"Tem-se feito um esforço para higienizar mais as salas , mas ainda é pouco"	Higienização salas (esforço / pouco face ao indicado)

Fonte: Entrevistas

Sabe-se que nos CSP um dos aspetos que o doente mais privilegia é o *tempo de atendimento / consulta* que o profissional de saúde depende consigo — precisamente a maior dificuldade *organizacional* da USF Terra Viva. Ao indicarem a situação, os treze profissionais de saúde estão preocupados por só disporem de **20 minutos de consulta**, que **estritamente** cumpridos são **insuficientes**, mais ainda quando o **doente** tem **dificuldade** de **mobilidade** (um obstáculo percecionado pelo mesmo). Este cumprimento parece ser impossível para os seis médicos de MGF, que indicam observar o doente na vertente física, social, familiar.

Também a *falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções desde a entrada até à saída do doente* foi o mote para cinco participantes que conversaram sobre a

gestão do volume de trabalho — que o **profissional de saúde** veja **muitos doentes sem dar resposta** à sua totalidade, persistindo na ansiedade e pressa de "fazer as coisas", **incorrendo no incumprimento**. Parecem faltar na unidade ferramentas de gestão uniformizadas face ao *stress* da atividade em si mesma, que se sabe envolta em **sentimentos** e **tarefas** contraditórias.

A intensificar o *stress*, estão as quatro indicações face aos *recursos humanos insuficientes ou ausentes* (neste caso **insuficientes**) para garantir o atendimento de **1900 doentes por ficheiro** — bem como aqueles sem **médico de família**, que têm de ser igualmente atendidos.

O *circuito do doente dentro da unidade* somou três indicações. Os **serviços** são **fisicamente dispersos**, o que juntamente com os recursos **insuficientes** condiciona a **vigilância** ao **doente**. Esta dispersão propicia *stress* no **profissional de saúde**, que tem de fazer uma **gestão** mais **difícil** da sua **atividade**, mas também ao **doente**, que com muita facilidade se perde na unidade de saúde.

Face ao *material desgaste disponível*, aspeto indicado por dois profissionais de saúde de enfermagem, os **materiais** são **poucos** face ao **preconizado** — insuficientes mesmo — se usados em todos os doentes. A título de exemplo, soube-se que se forem feitos **diariamente muitos pensos**, o *stock* de material é **limitado**, e não chega para tudo — citando, é uma “séria desorganização”.

As *reuniões regulares de equipa* são referidas uma vez e são em **número insuficiente** e **mal geridas**. Estas são apontadas como a possível solução que poderia trazer alguma calma e uma maior organização à unidade funcional.

Para terminar, ouviu-se uma vez que se tem feito um esforço no sentido da *higienização dos espaços de atendimento*, em particular, uma **maior higienização** das **salas**, ainda assim **pouco** face ao **preconizado**, alavancada sobretudo por indicação da direção executiva (Quadro 65).

Doente versus Sistema de Saúde

Identificaram-se nas entrevistas as afirmações mais relevantes da USF Terra Viva acerca da categoria *doente versus sistema de saúde* que soma 20 indicações distribuídas por três subcategorias em ordem decrescente (ver Quadro 66).

Quadro 66 — Ideias Relevantes da USF Terra Viva sobre *doente versus sistema de saúde*.

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Acesso ao profissional de saúde	“Os utentes invadem os gabinetes. Os profissionais são agredidos diariamente, ameaçados. O acesso ao profissional está desorganizado, mas não há diretrizes para a mudança”	Doente entra facilmente no gabinete PS PS sofre ameaças diárias do doente Acesso ao PS desorganizado Sem diretriz de mudança ao acesso ao PS

Acesso ao serviço de saúde	“Mais exigentes , uma população maior , envelhecida , menor poder compra , ia privado e agora ao CS. Doente vem conviver , sazonal no Verão , o que junto ao aumento de doentes por ficheiro/sem, ficheiro, traz dificuldades no acesso ”	Doente (exigente, envelhecido, consumista menor compra escolhe CS face privado) Doente conhecido/conviver sazonalmente Mais doentes ficheiro-1900/sem médico Dificuldade acesso/atendimento
Compreensão da reforma CS unidades	“ Não percebem a organização, a mudança ”	Doente não compreende CS unidades

Fonte: Entrevistas

Os 13 profissionais de saúde da unidade mencionaram que o doente tem *acesso fácil ao profissional de saúde* no seu gabinete, o que resulta em **ameaças diárias** ao **profissional**. Claramente, o **acesso** ao **profissional** de **saúde** carece de reformulação; **mudança** esta que será **mais difícil** se não existirem **diretrizes claras** nesse sentido, uma vez que a equipa terá de se unir neste modo de funcionar relativamente ao doente e sua família.

A causa supramencionada, de possíveis eventos adversos, parece ter início numa outra indicada por seis participantes, logo antes do doente chegar ao profissional: o *acesso ao serviço de saúde*. Ou seja, se o doente sentir **dificuldades**, que é o caso, no **acesso** e no **atendimento** por parte da unidade de saúde, mais depressa tentará chegar ao profissional, pois ele é a chave que pode solucionar os seus problemas ou necessidades. Somam-se outros motivos para que o acesso ao serviço de saúde seja realmente difícil, nomeadamente, cada **médico/enfermeiro** de **família** gere um **ficheiro** de **1900 doentes** e **ficheiros** sem **médico** de **família**, “a descoberto”. Assim, existem **doentes** que **sistematicamente** acedem aos serviços, absorvendo recursos escassos. Em suma, o **doente** da USF Terra Viva integrou o **papel** de **consumidor** e são diversos os motivos para que assim seja: o seu **nível** de **exigência**; o **envelhecimento**; o **menor** poder de **compra**, que limita a ida ao privado e a um Hospital Central; e dirigir-se à unidade para **conviver sazonalmente** no Verão. Em suma, há um aumento das necessidades, das exigências e da informação.

Dos profissionais, dois mencionaram as tentativas da equipa no sentido de **explicar ao doente a reorganização** do **Centro de Saúde** em **unidades funcionais**, mas o **doente** parece ter **dificuldade** em *compreender a reforma em unidades funcionais*, informação que não usa no acesso ao serviço de saúde (Quadro 66).

Condições físicas e de aquecimento unidades de saúde

Identificaram-se nas entrevistas as afirmações mais relevantes da USF Terra Viva acerca da categoria *condições físicas/aquecimento unidades de saúde*, mencionada 17 vezes em seis subcategorias apresentadas por ordem decrescente de frequências (ver Quadro 67).

Quadro 67 — Ideias Relevantes sobre as *condições físicas/aquecimento unidades de saúde*.

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Estrutura Edifício	“O espaço físico como está construído é péssimo para interrupções . Isola os profissionais uns dos outros, e é	Espaço físico favorece interrupções, isola profissionais

	uma estrutura que não facilita a segurança de todos. Tem barreiras arquitetónicas , alguma alteradas, mas com a falta de recursos é complicado”	Barreiras arquitetónicas (algumas alteradas) Faltam recursos
Corredor acesso unidades	“Os corredores são facilmente alcançáveis ; a pessoa não aguarda na sala de espera, mas sempre nos corredores”	Corredores alcançáveis Doente corredor/não sala espera
Portas acesso gabinetes	“As portas de acesso aos gabinetes são apertadas e, pelo facto de a pessoa aguardar nos corredores , mesmo atrás da porta , corre risco de a porta lhe bater ”	Portas acesso gabinetes apertadas Doente aguarda corredor/atrás porta (risco bater porta)
Aquecimento/arejamento unidade saúde	“O arejamento : abro janelas; a porta está horas a bater ”	Arejamento/Salas não climatizadas
Espaço físico gabinete médico/atendimento	“ Pessoas em cadeira de rodas nos cubículos , sem mobilidade , batem em todo o lado; gabinetes minúsculos ”	Gabinetes pequenos (cadeira rodas/mobilidade reduzida)
Organização Sala Espera	“As cadeiras organizadas na sala de espera : se eu tropeço, não admira que os utentes tropecem nelas também”	Organização cadeiras sala espera (doente tropeça)

Fonte: Entrevistas

Dos 13 profissionais de saúde da unidade, dez mencionaram aspetos que direta ou indiretamente se ligam à *estrutura do edifício*. A **estrutura** em si **mesma**, nomeadamente, o **espaço físico**, que é **antigo**, e a **construção facilitam a interrupção e isolam profissionais**. Tem **barreiras arquitetónicas** e apesar das **alterações** já feitas muitas barreiras precisam de mudanças que não se fazem por **falta** de **meios**. Outro aspeto que preocupa dois dos participantes são os *corredores de acesso* aos **gabinetes**. Estão facilmente alcançáveis, o que promove a **espera** no **corredor**. Os mesmos participantes mencionaram o facto de as *portas de acesso aos gabinetes serem apertadas* e o facto de o **doente** aguardar **a sua vez atrás** das **portas** faz com que corra o risco desta lhe bater. Um desses mesmos participantes falou sobre a *organização da sala de espera*, evidenciando que esta não estava **organizada** em função do **doente**. Em particular, referiu que a **organização** de **cadeiras** que **favorecia a queda**. Foi mencionado uma vez problemas no *arejamento/climatização das salas de atendimento*. Foi dito que estas **não são climatizadas**. Finalmente, foi ainda reportado uma vez que o *espaço físico dos gabinetes médico/atendimento* era **diminuído** para **pessoas** que se deslocavam em **cadeira** de **rodas** ou tinham **mobilidade reduzida** (Quadro 67).

Medicamento

Identificaram-se nas entrevistas as afirmações mais relevantes da USF Terra Viva acerca da categoria *medicamento* indicada oito vezes em seis subcategorias (ver Quadro 68).

Quadro 68 — Ideias Relevantes da USF Terra Viva sobre *medicamento*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Troca medicação	“ Terapêuticas mal postas nas gavetas . Das áreas mais descuidadas é a toma da medicação no ar”	Medicação mal-arrumada Toma medicação (área descuidada)
Duplicação princípios ativos iguais, sobreponíveis sua ação	“O doente nunca traz o medicamento que está a fazer , genérico ou marca . O mesmo medicamento , princípio ativo com 2 nomes diferentes , não se deteta logo se doente não traz a medicação”	Doente não traz medicação faz (genérico/marca) Princípio ativo/nomes diferentes Difícil achar repetição tratamento

Atraso no início do tratamento	“É muito consumo; a pessoa hoje vem e leva um medicamento, sendo que este não faz efeito, ou não compram sequer”	Consumismo medicamento/alteração regular (não adquirido/sem efeito)
Armazenamento e stock	“Discrepância stock vacina, afeta erro, acidente”	Discordância stock vacina/EA
Registo administração	“Administração e o não-registo e vice-versa”	Administração sem registo/vice-versa
Interação medicamentosa grave	“No domicílio não se faz ideia das reações adversas, pois não voltamos após um injetável”	Difícil controlo reação adversa Domicílio/PS vai 1 vez/não volta

Fonte: Entrevistas

Com duas indicações, soube-se da possibilidade de *troca de medicação*, dado os enfermeiros terem assinalado a **medicação** mal-arrumada nas **gavetas**, sabendo-se que a **toma da medicação** é uma das "áreas mais descuidadas" nas unidades de saúde. Os mesmos profissionais deram duas indicações face à *duplicação de princípios ativos iguais ou sobreponíveis na sua ação*, principalmente porque o doente **sistematicamente não traz a medicação** (genérica ou de marca) que **faz**, o que **não facilita a deteção de medicação repetida**. Parece ser comum muitas **pessoas tomarem** o mesmo **princípio ativo**, mas com **nomes diferentes**. O mesmo participante médico referiu uma vez o *atraso no início do tratamento* dizendo que existe, por parte do doente e da família, uma **alteração sistemática de medicação**, a qual faz com que a **medicação prescrita não surta efeito**. Também indicou a **existência de prescrições que não são adquiridas** na farmácia. No que toca ao *registo da administração*, soube-se que **existem administrações que não são registadas**, e vice-versa.

Outro profissional enfermeiro mencionou o *armazenamento e stock*, pelas **discordâncias comuns** que se encontram nas listas de *stocks*, sobretudo de **vacinas**.

A subcategoria *interação medicamentosa grave* é uma apreensão do **domicílio**. Para um enfermeiro, este é um local onde é difícil **controlar reações adversas**, porque se faz o tratamento (exº um **injetável**) e “não se volta ao domicílio para confirmar a reação” (Quadro 68).

Notificação

Identificaram-se, nas entrevistas, afirmações representativas e as palavras-chave sobre a categoria *notificação*, indicada oito vezes (ver Quadro 69).

Quadro 69 — Ideias Relevantes sobre *notificação*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Desconhecimento da existência de eventos adversos em circunstâncias semelhantes e suas respetivas soluções	“Pode existir administração não-registada (e vice-versa), que se deteta; percebe-se como as coisas acontecem, pois vão acontecendo, mas não se sabe acontece a outros”	Administração não-registada/vice-versa detetada/vai acontecendo Falta registo (não se sabe onde e como acontece EA semelhante)

Fonte: Entrevistas

O profissional de saúde enfermeiro que assinalou a *notificação* fê-lo relativamente ao *desconhecimento da inexistência de eventos adversos em circunstâncias semelhantes e respetivas soluções*. Nas oito indicações, fez saber que **ocorrem**, com alguma frequência,

administrações não-registadas (e **vice-versa**), geralmente detetadas quando o doente volta à unidade de saúde. Ou seja, a situação acontece, mas **não se regista** — isto é: exatamente pela **inexistência de registo não se sabe** onde e como ocorreu um **evento semelhante** (Quadro 69).

Equipamento/Material usado na Unidade de Saúde

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da USF Terra Viva acerca da categoria *equipamento/material usado na unidade de saúde*, referida cinco vezes em três subcategorias (ver Quadro 70).

Quadro 70 — Ideias Relevantes sobre *equipamento/material usado na unidade de saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Cadeiras de gabinetes	“Esta cadeira é torta , o que tem implicações no doente . Tratar uma úlcera varicosa demora uma hora, resultando em impaciência ”	Cadeiras desadequadas
Marquesas de gabinetes	“Segurança na prevenção de lesões músculo-esqueléticas: não existem marquesas de elevação nalguns gabinetes , as colegas trabalham o dia todo de rabo para o ar... É impossível”	Marquesas desadequadas Lesões músculo-esqueléticas
Material adequado para tratamentos	“Tem-se feito um esforço por rever as nossas práticas do uso de material e equipamento de protecção individual ”	Esforço revisão material/ equipamento protecção

Fonte: Entrevistas

As três subcategorias foram mencionadas pelo mesmo participante enfermeiro. Referiu uma vez cada uma, dando a conhecer que as *cadeiras e as marquesas dos gabinetes* estão desadequadas. **Não** favorecem a **prevenção de lesões músculo-esqueléticas** ou um bom **posicionamento sentado**, quer para o **profissional de saúde**, quer para o **doente**. Apesar de o material ter sido mencionado na perspetiva do doente, é certo que um profissional de saúde que esteja desconfortável a realizar um atendimento também não oferecerá segurança ao doente. Mencionou estar a ser feito “um esforço” no sentido de *adequar o material aos tratamentos*, **revendo sistematicamente as práticas sobre material e equipamento de protecção individual** (Quadro 70).

Registo

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da USF Terra Viva acerca da categoria *registo*, mencionado quatro vezes numa categoria (ver Quadro 71).

Quadro 71 — Ideias Relevantes sobre *registo*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Ausência registo	“ Ausência no registo de qualquer coisa , devido a uma interrupção ou esquecimento . A ausência de registo está relacionada com a troca de vacinas ”	Ausência de registo, troca de vacinas interrupção/esquecimento

Fonte: Entrevistas

Os quatro profissionais enfermeiros que mencionaram a subcategoria *ausência de registo*, indicaram como sua causa as **interrupções** a que estão **sujeitos** ou a **esquecimento** de um **qualquer procedimento** — uma causa **muito associada à troca de vacinas** (Quadro 71).

Comunicação

Identificaram-se, nas entrevistas, uma afirmação representativa e respetivas palavras-chave sobre a categoria *comunicação* (ver Quadro 72).

Quadro 71 — Ideias Relevantes sobre *comunicação*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Atraso/falha na comunicação com o doente	“Os profissionais não comunicam, e, quando comunicam com o doente, fazem-no mal”	PS não comunica doente/ não é bem-feita

Fonte: Entrevistas

Face ao assunto um médico mencionou a categoria *comunicação*, no que toca ao *atraso ou falha na comunicação com o doente*, indicando que “o **profissional não comunica** com o **doente**”. Referiu que a comunicação não é “bem-feita pelo profissional”, ou seja, **talvez não aborde** o **doente** da melhor forma (Quadro 72).

Condições físicas e de aquecimento da casa do doente

Identificou-se uma afirmação representativa e respetivas palavras-chave sobre *condições físicas/ aquecimento da casa do doente* na subcategoria *produtos de apoio* (ver Quadro 73).

Quadro 72 — Ideias Relevantes sobre as *condições físicas/aquecimento casa doente*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Produtos de Apoio	“As pessoas não têm os produtos de apoio que precisam”	Sem produtos de apoio/Necessários

Fonte: Entrevistas

O profissional de saúde enfermeiro mencionou os *produtos de apoio* do domicílio, afirmando que o doente não tem os **produtos de apoio** fundamentais (Quadro 73).

(2.) *Causas de Eventos Adversos da Unidade Saúde Familiar D. Sancho I*

A partir das 12 entrevistas, identificaram-se os excertos que fornecem os dados mais relevantes da Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I. Dos excertos somaram-se 121 referências, agrupadas em nove categorias por ordem decrescente de frequências, excepto *notificação e equipamento e material usado nas unidades de saúde* (ver Tabela 18).

Tabela 18-Grupos de possíveis causas de eventos adversos da Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I

	Ocorrências
1. Organização	47
2. Doente versus sistema de saúde	21
3. Comunicação	14
4. Condições físicas e de aquecimento das unidades de saúde	12
5. Medicamento	11
6. Capacitação	9
7. Registo	3
8. Diagnóstico	3
9. Condições físicas e de aquecimento da casa do doente	1
	Σ 121

Fonte: Entrevistas

Organização

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da USF D. Sancho I sobre *organização*, referida 47 vezes em dez subcategorias, por ordem decrescente de frequências (ver Quadro 74).

A subcategoria *sigilo e confidencialidade* obteve 20 indicações. Os 12 profissionais de saúde mencionaram uma vez o acesso à Plataforma de Dados de Saúde (PDS), sendo referida **direta** ou **indiretamente** a preocupação sobre o que fica **registado** no **acesso**. Outras ideias veiculadas prendem-se com três indicações de um profissional de enfermagem, que mencionou o facto de os **computadores** bloquearem **automaticamente** ao fim de dez minutos. Os outros profissionais de enfermagem mencionaram cinco vezes o procedimento de se fechar os **armários** à chave à **noite**, com chaves **retiradas** dos **gabinetes** e guardadas num único sítio.

A subcategoria *falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções desde a entrada até à saída do doente* obteve dez indicações, todas da equipa de enfermagem. Dessas, seis indicações falam sobre a necessidade de alertar as **funcionárias** da **limpeza** para não “desligarem os frigoríficos para ligar o aspirador” pois **comprometiam** a **vacinação** e o frio dos frigoríficos — uma responsabilidade acrescida. Outras três indicações, de enfermeiros diferentes, mencionam a importância da **acreditação** na **obrigatoriedade** de fazer **determinadas coisas**, de colocar certos procedimentos em **prática**. Outro enfermeiro mencionou ainda que as auxiliares são das profissionais que menos fazem **formação** — **a mais recente das quais abordou o tópico dos riscos biológicos e físicos** na perspetiva do doente.

A subcategoria *circuito do doente fora do sistema* obteve cinco indicações, por parte de dois médicos. Ouvia-se a dificuldade que existe em perceber a **urgência** que se deve dar à **consulta do dia**, e o que deve ser verdadeiramente **encaminhado** para o **hospital**.

Desses médicos, um assinalou três vezes no seu discurso a *falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções em articulação com outros níveis de atuação*, e soube-se que o que o tem ajudado são as **plataformas (PDS)**, ainda que **virtuais**, com ambos os **níveis** a **aceder** ao que é realizado ao **doente** (neste caso a uma enfermaria ou uma **consulta externa**), coexistindo, no entanto, **poucas sinergias** e poucas **reuniões** entre ambos os **níveis** de **cuidado**.

Quadro 73 — Ideias Relevantes sobre *organização*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Sigilo/Confidencialidade	“Tendência saber coisas e processos ; fica registado quando se acede à PDS ; os computadores bloqueados por palavras passe em 10 ”. Armários fechados à chave à noite ; ocultas fora do gabinete ”	PDS regista acesso PS Propensão para saber dados do doente Computador bloqueia 10” palavra/ passe Armários fechados noite/chave guardada
Faltas e procedimentos normalizados em todas as intervenções, desde a entrada à saída do doente	“As auxiliares não fazem formação ; foi feita uma sobre riscos biológicos e físicos . A acreditação ajuda na obrigatoriedade de empenho , ajuda a pôr em prática . A obrigação pela vacinação , para que funcionárias não desliguem frigoríficos para ligar aspirador ”	Auxiliares não fazem formação (pouca) riscos biológicos/físicos doentes Acreditação obrigatoriedade/empenho/ coisas em prática Vacina/frigorífico desligado na limpeza
Circuito do doente fora do sistema	“A urgência da consulta do dia ; a triagem feita; o que se encaminha para o Hospital . Falha na articulação entre cuidados , e incorreta interligação ”	Urgência dada consulta do dia/ Encaminhamento ao Hospital Falta articulação CSP/Hospital
Falta de procedimentos normalizados em intervenções de articulação e níveis de atuação	“ Evoluído pelas plataformas , mas é virtual , ninguém fala, na PDS accede-se ao que é feito numa consulta externa hospitalar . Vejo o que o doente anda a fazer , não há sinergia ou reuniões ”	Evolução da articulação da plataforma (PDS) e acesso CSP e secundários (virtual) Não existem sinergias ou reuniões
Circuito do doente dentro do sistema	“O circuito do doente preocupa . A pessoa pede ser atendida primeiro , para seguir o circuito normal ”	Circuito do doente preocupa (pede logo atendimento/tem seguir circuito)
Higienização dos espaços de atendimento	“A higiene nas extensões preocupa há oito anos. Eu limpo muito bem a ferida, e sala infetada ”	Preocupa a higiene (mais extensões saúde) Limpeza ferida não feita sala infetada
Tempo de atendimento	“A qualidade , no mínimo tempo possível para atender . Preocupa 20 ” consultas programadas e 15’ abertas . Ao fim da manhã há atrasos, normalmente ”	Qualidade no menor tempo possível (20” consulta programada/15” aberta) Atrasos sistemáticos
Reuniões de equipa	“Não nos podemos fechar no casulo e fazer reuniões ”	Fazer reuniões de equipa
Controlo do Risco de Infecção Cruzada	“As extensões não garantiam qualidade de cuidados , ou a segurança nas salas de tratamentos e no atendimento de crianças e idosos . São o mesmo espaço ”	Extensões dificuldade qualidade cuidados/segurança Igual sala, distintas idades/doenças (risco)
Recursos Humanos insuficientes/ausentes	“ Ausências não programadas ; 2 ao serviço na sede, quando era suposto serem 5; temos uma colega de folga e dois atestados , em vez de serem 5 são 2 — menos de 50% ”	Ausências não-programadas Rácios inferiores ao previsto pelo PS

Fonte: Entrevistas

Com duas indicações, soube-se da **preocupação** com o *circuito do doente dentro do sistema*. O **doente** tenta ser **atendido, batendo** às **portas**, mas um profissional de enfermagem reforçou a ideia de que o doente deve **seguir** o **circuito** definido na **unidade** de saúde. O mesmo enfermeiro deu duas indicações sobre a *higienização dos espaços de atendimento*, referindo-se mais às **extensões de saúde**. Na sua opinião, é **irrelevante limpar** bem “uma **ferida** infetada numa **sala suja**”.

Outra subcategoria indicada por dois médicos corresponde ao *tempo de atendimento*. Indicaram tentar assegurar a melhor **qualidade** no **menor tempo** possível: **20 minutos** para a consulta **programada** e **15 minutos** para a consulta **aberta** — tempos que levam a atrasos **sistemáticos**, pela sua reduzida duração. Com a indicação de um médico, soube-se fundamental realizar reuniões *de equipa*, que são poucas. Do mesmo médico surgiu uma indicação para cada

uma das seguintes subcategorias: *controlo do risco de infeção cruzada e recursos humanos insuficientes ou ausentes*. Sobre a primeira soube-se que existe preocupação face às **extensões de saúde**, pois as **salas de tratamento** servem crianças e adultos no mesmo espaço, **favorecendo situações de risco** pela dificuldade de garantir a **qualidade dos cuidados** e a sua **segurança**. Relativamente à segunda, e por existirem **ausências não programadas**, os **rácios** dos profissionais de saúde são **inferiores** ao previsto pela *ausência de recursos humanos*, que habitualmente são em número suficiente (Quadro 74).

Doente versus Sistema de Saúde

Identificaram-se nas entrevistas as afirmações mais relevantes da USF D. Sancho I sobre a categoria *doente versus sistema de saúde*. Foi referida 21 vezes, em quatro subcategorias, por ordem decrescente de frequência (ver Quadro 75).

Quadro 74 — Ideias Relevantes sobre o *doente versus sistema saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Acesso ao Serviço de Saúde	“Preocupa garantir o atendimento a toda a gente que se dirige à unidade; aumenta a probabilidade de erro ; a capacidade é limitada , não se estendendo pelas 24h, por haver muita procura , sede e extensões. A boa oferta não é valorizada ; as pessoas são consumistas . Não arranjam ligação com a unidade, o que é um stress ”	Garantia atendimento (limitada) /possibilidade EA Procura/consumismo/oferta Boa oferta não valorizada Não-atendimento telefónico/ <i>stress</i>
Acesso ao profissional de saúde	“A medicina de proximidade é mais positiva , mas estamos junto ao doente , com a qualidade como meta ”	Medicina de proximidade/positiva/ meta Qualidade
Risco de Queda	“O chão molhado propício a queda ”	Chão molhado beneficia queda
Sentimento de insegurança	“Correm-se riscos pela proximidade ”	Riscos/ proximidade/ comunidade

Fonte: Entrevistas

A subcategoria mais indicada face a *doente versus sistema de saúde* é alusiva ao *acesso ao serviço de saúde*. Soube-se, de quatro médicos e de quatro enfermeiros, que existe **muita procura**, e que as pessoas “**consomem muito**” cuidados de saúde, seja na sede, seja nas **extensões** de saúde. Os enfermeiros indicaram que se tende a garantir o **atendimento a todas as pessoas** que procuram a unidade, o que favorece a **probabilidade de erro** pela grande procura *versus* capacidade de **atendimento**, a qual é limitada comparativamente ao serviço que atende 24 horas. Dois médicos indicaram que existe uma **boa oferta** de serviço, mas a qual **não é valorizada** pelo doente. Também se soube de um enfermeiro que o doente, quando **não consegue ligar** para a unidade, fica em *stress*. Outra subcategoria é o *acesso ao profissional de saúde*, com duas indicações do mesmo médico, que veiculou a **positividade da medicina de proximidade**, o “estar junto ao doente”, tendo a **qualidade** como **meta**. Ouviu-se uma referência de um enfermeiro na subcategoria *risco de queda* na **unidade de saúde**, pelo **chão molhado**. Também se falou do *sentimento de insegurança* mostrado por um médico, que falou

dos **riscos** que se correm pela **proximidade** — situação que esta unidade referiu menos que a USF Terra Viva (Quadro 75).

Comunicação

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da USF D. Sancho I sobre a categoria *comunicação*, referida 14 vezes em quatro subcategorias (ver Quadro 76).

Quadro 75 — Ideias Relevantes sobre *comunicação*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Atraso/falha na comunicação com o doente	“O stress , a maneira de falar ... Fala-se sem pensar . É um cuidado diário não ter o doente à espera muito tempo , pois dificulta a comunicação ”	PS fala doente/ <i>stress</i> Espera dificulta comunicação (pouco)
Troca na identidade do doente	“ Troquei nomes , por dificuldades de audição , a confirmar um ou dois dados da pessoa. A inscrição errada condiciona . Ver o nome do doente , a prescrição , a data de nascimento , conjugando dois ou mais dados ...”	Inscrição errada/troca de nome/ dificuldades de audição Confirmar 2/+ dados (nome, prescrição, data de nascimento) segurança
Comunicação ineficaz médico-doente quanto ao diagnóstico e medicação	“O doente às vezes não ouve o que dizemos , é incrível, nem percebem o que é para fazer ”	Doente não ouve PS
Registos clínicos acessíveis por parte do profissional de saúde	“As tecnologias de informação , o SAPE e PDS . Pensámos serem um espectáculo , com acesso a tudo , mas ninguém nos explicou que ficava o nome registado ”	Tecnologias de informação (SAPE/PDS)/ acesso aos dados do doente Nome do PS registado no PDS

Fonte: Entrevistas

A subcategoria mais indicada sobre a *comunicação* na USF D. Sancho I soma sete indicações, dadas por três enfermeiros diferentes. Soube-se que existe *atraso ou falha na comunicação com o doente* pela forma como o profissional fala com ele “**sem pensar** ou com **stress**”. Desses enfermeiros, um está preocupado com o tempo que o **doente** passa na **sala de espera** (preferencialmente pouco), pois **tal condiciona a comunicação** entre ambos. Com cinco indicações surgiu a subcategoria *troca de identidade do doente* (três enfermeiros e dois médicos). Os primeiros indicam a importância de **confirmar dois** ou **mais dados da pessoa** (**nome**, **data de nascimento**, a **prescrição** feita) — uma **conjugação** que **favorece a segurança** do doente. Os médicos indicaram a possibilidade de **troca de nomes** e a realização de **inscrições erradas, tão bem como** o facto de existirem trocas pelas **dificuldades de audição**. Desses profissionais médicos, um indicou a *comunicação ineficaz entre médico e doente quanto ao diagnóstico ou medicação*, dizendo que o “**doente não ouve** o profissional de saúde e muitas vezes **não percebe** o que tem de **fazer**”. Ainda sobre *comunicação*, surgiu a subcategoria *registos clínicos acessíveis a todos os profissionais de saúde*. A indicação de um enfermeiro é relativa aos desafios de **dados acessíveis**, pois o nome do profissional fica registado no sistema cada vez que existe um **acesso** (Quadro 76).

Condições Físicas Unidade de Saúde

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da USF D. Sancho I sobre *condições físicas unidade de saúde*, referida 12 vezes em quatro subcategorias (ver Quadro 77).

Quadro 76 — Ideias Relevantes sobre as *condições físicas unidade de saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Barulho/Ruído de fundo	“A questão do barulho . Corre-se o risco de não ouvir o doente pelo ruído de outrem. As paredes são finas; ouve-se de gabinete para gabinete ”	PS pode não ouvir doente/barulho fundo/paredes finas passa barulho
Estrutura do Edifício	“ Segurança a nível físico, na estrutura; pouco espaço físico . As extensões não são concebidas de raiz, são reestruturadas; uma estrutura antiga ”	Segurança nível físico/estrutura antiga Pouco espaço físico revigorada reforma CSP
Corredor de acesso à unidade de saúde	“Na entrada, as pessoas batem com a cabeça naquela barra metálica de proteção ”	Barra metálica na entrada da US/ doente bate com a cabeça
Espaço físico do gabinete do médico/atendimento	“ Condições físicas para atender com condições certas; organização do espaço físico ”	Condições do espaço físico/Organização adequada ao atendimento

Fonte: Entrevistas

Mesmo sendo a unidade funcional com a construção mais recente, seis participantes indicaram existir *barulho de fundo*, reforçando um deles que o **profissional de saúde** pode não **ouvir o doente** pelo **barulho de fundo de outros doentes**, e dois que as **paredes** da unidade são **finas**, deixando passar **ruído** de gabinete para **gabinete**. A *estrutura do edifício* foi indicada quatro vezes, por três assuntos distintos: duas vezes, por participantes diferentes, pela **pouca segurança a nível físico, e pela a estrutura**. Um profissional veiculou a ideia de que existe **pouco espaço físico**, e um outro referiu que as **extensões**, ainda que **revigoradas** aquando da **reforma dos CSP**, são **estruturas antigas**, com dificuldades intrínsecas. Também sobre este assunto, surgiram, de dois participantes diferentes, as seguintes ideias: no *corredor de acesso à unidade* existe uma **barra metálica** onde o **doente** pode **bater** com a **cabeça**, e as *condições do espaço físico no gabinete* fazem com que este não esteja **organizado** e **dimensionado** de modo a assegurar o bemestar de todos os doentes (Quadro 77).

Trata-se, claramente, de um edifício novo, concebido de raiz mas não totalmente ajustado aos cuidados realizados, evidenciando as dificuldades de unidades que se reorganizaram no espaço físico/na estrutura existente antes da reforma dos Cuidados Primários, iniciada em 2006.

Medicamento

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da USF D. Sancho I sobre *medicamento*, referido 11 vezes, com informação em seis subcategorias (Quadro 78).

Quadro 77 — Ideias Relevantes sobre o *medicamento*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Armazenamento/Stock	“Abre-se uma pomada e identifica-se a data de abertura, o prazo de validade . Pomadas e medicamentos, vacinas . Face às vacinas , preocupa o armazenamento . Face aos	Material aberto (pomadas, medicamentos, vacinas) data abertura/prazo validade Armazenamento vacinas

	<i>stocks</i> , é crucial que a lista esteja atualizada , para limitar a ruptura — não é claro de quem é a culpa”	Ruptura <i>stocks</i> atualização lista
Registo da administração	“O registo da administração evita prescrições erradas ”	Registo administração Evita prescrições erradas
Troca de Medicação	“Coloco sempre na prescrição , na guia de tratamento , o que é para dar . Pode na medicação evitar trocas, erros ”	Troca medicação, EA prescrição/ guia tratamento (doses, indicações)
Interação medicamentosa grave	“ Não devia haver quarenta medicamentos do mesmo na mesma farmácia — só 1. Se existisse reacção , era uma em 10 milhões e perceberíamos; assim é impossível ”	Difícil controlo reações adversas/ interação medicamentosa grave Muito medicamento igual
Duplicação de princípios ativos iguais ou sobreponíveis na sua ação	“A política do medicamento põe em risco doentes , e tira controlo ao médico . Não sei o que é que os meus doentes tomam, passo medicamentos a um doente e não faço a mínima ideia o que toma ; no caso de uma reação alérgica, fico sem saber o que fazer ”	Política de medicamento de risco para o doente Controlo do médico (prescreve/não controla o adquirido) Médico/controlo de uma reação alérgica

Fonte: Entrevistas

Face ao *medicamento*, a subcategoria mais indicada corresponde ao *armazenamento e stock*, indicada por cinco dos seis enfermeiros que responderam à entrevista. Foi indicado por três profissionais o facto de se colocar a **data de abertura** e o **prazo de validade** em material como **pomadas, medicamentos e vacinas**. As **vacinas** foram indicadas uma vez no **armazenamento**, e foi indicada a necessidade de manter a **lista de material atualizada**, para evitar **rupturas de stock**, sendo, não obstante difícil perceber onde acontece o erro. Os mesmos profissionais de saúde médicos falaram sobre o *registo da administração* e sobre a *troca de medicação*, com duas indicações cada. Face à primeira, indicaram que se deve dar muita **atenção** aos **registos** após a **administração**, pois podem evitar **prescrições e procedimentos futuramente errados**. Face à segunda, soube-se que a *troca de medicação* é para evitar, e que se deve ter o cuidado sistemático de colocar na **prescrição/guia tratamento** a dosagem e respetivas **indicações**. Sobre o medicamento, um médico indicou duas subcategorias: uma vez a *interação medicamentosa grave*, e uma vez a *duplicação de princípios ativos iguais ou sobreponíveis na sua acção*. Reconheceu-se que é **difícil** o **controlo** de **reações adversas**, ou da interação medicamentosa grave, muito pelo facto de existirem **muitos medicamentos iguais** na sua constituição. Na sua opinião, a política **do medicamento** tira **controlo** ao **médico** e traz **riscos** acrescidos ao **doente**. O **médico** prescreve, mas **não** examina a **aquisição** ou **possíveis reações**, pois a aquisição é uma **decisão** do **doente** *versus* opções disponíveis na farmácia (Quadro 78).

Capacitação

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da USF D. Sancho I acerca da categoria *capacitação*, referida nove vezes em quatro subcategorias (ver Quadro 79).

Quadro 78 — Ideias Relevantes sobre *capacitação*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Redes de comunicação entre profissionais/doentes	“As pessoas usam a internet para marcar consulta , e não sabem todas as suas funcionalidades, mas estão mais informadas e a comunicar mais com o profissional”	<i>Internet</i> para marcar consultas Doente informado/participativo
Redes de comunicação entre profissionais	“Diferentes grupos profissionais perceberem qual o seu papel na segurança do doente é a única forma de se comunicar ”	Grupos profissionais devem compreender papel na SD
Não-valorização do risco de um evento	“Uma auxiliar limpa a sala, mas fica um saco do lixo à porta da sala de tratamentos, e nesse corredor passam crianças que vão para a consulta e podem nesse saco mexer”	Incumprimento da segurança e higienização da sala de tratamento Risco SD/crianças
Desconhecimento das medidas de prevenção	“Depois de lavar o chão , deve colocar-se uma placa a avisar que o chão foi lavado, mas não se usa, não se conhece ”	Funcionários limpeza não conhecem avisos de chão molhado

Fonte: Entrevistas

A maioria de indicações na categoria *capacitação* correspondem à subcategoria *redes de comunicação profissionais/doentes*, na qual existe um total de seis indicações de enfermeiros, que disseram que o doente começa a usar a *internet* para **marcar consultas**, e que está **informado** e é **participativo**. Desses, obteve-se uma indicação de que é crucial que o profissional de saúde perceba o seu **papel na segurança do doente**, pois só assim “se comunica bem”, melhorando as *redes de comunicação entre profissionais*. Com uma indicação dada por um enfermeiro, soube-se que *não existe a valorização do risco do evento*, referindo que as **assistentes operacionais** com frequência não cumprem “**medidas de segurança** durante a higienização das salas de tratamento”, pois não parecem valorizar o que pode acontecer, sobretudo quando estão envolvidas crianças. Com a indicação de um médico, soube-se que existe um *desconhecimento de medidas de prevenção*. Parece que se desconhece que é obrigatório colocar os **avisos** de chão **molhado** quando este é limpo. Ou seja, qualquer uma das subcategorias requer que se faça formação aos profissionais, sobretudo às **assistentes técnicas e operacionais** (Quadro 79).

Registo

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da USF D. Sancho I sobre a categoria *registo*, referida três vezes numa subcategoria (ver Quadro 81).

Quadro 79 — Ideias Relevantes sobre o *registo*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Registo realizado de modo não-informático	“Existem vários programas eletrónicos para o registo , o qual acaba por não ser feito dada a lentidão e ineficácia destes programas”	Registo não é feito SI (lento/não-funcionamento)

Fonte: Entrevistas

Relativamente ao *registo*, o que preocupa um profissional é a sua *ausência*, ou a sua realização de modo não-informático, quer seja por **esquecimento** ou pelo **programa informático** estar **lento** ou **não estar a funcionar** (Quadro 80).

Diagnóstico

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da USF D. Sancho I sobre *diagnóstico*, que somou três indicações de três profissionais de saúde distintos (ver Quadro 81).

Quadro 81 — Ideias Relevantes sobre o *diagnóstico*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Não-realização do procedimento de rastreio	“A assertividade da triagem de doentes urgentes e não-urgentes”	Assertividade da triagem do doente urgente e não-urgente
Interpretação incorreta dos resultados	“ Rigor nos resultados ; não interpretar tudo a correr ”	Rigor nos resultados (sem pressa)
Troca de identidade do doente	“Vemos um doente e podemos não registar no processo correto , porque se vê o primeiro e último nome . Não se vê a data de nascimento do doente”	Registo do processo errado Confirmar primeiro/último nome Não é confirmada a data de nascimento

Fonte: Entrevistas

A *não-realização de procedimentos de rastreio* é devida à **assertividade** com que se **realiza** a **triagem** entre um **doente urgente** e um **não-urgente**. Outra causa prende-se com o facto de a *interpretação dos resultados* não dever ser **feita “a correr”**, mas com **rigor**, para não precipitar um evento — o que é preocupante, pois um diagnóstico incorreto condiciona o restante processo, assim como a evolução de saúde de um doente. As causas do *diagnóstico* também propiciam a *troca de identidade do doente*, pela **possibilidade** do seu **registo** ser **feito** no **processo errado** — simplesmente porque o **profissional confirma** o **primeiro** e **último nome**, mas não **conjuga a data de nascimento** ou outros dados. Esta é uma situação crucial na acreditação em saúde (Quadro 81).

Condições físicas e de aquecimento da casa do doente

Identificou-se, nas entrevistas, a afirmação mais relevante da USF D. Sancho I acerca da categoria *condições físicas/aquecimento casa do doente*, referida uma vez (ver Quadro 83).

Quadro 80 — Ideias Relevantes sobre as *condições físicas/aquecimento do domicílio do doente*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Risco Queda no domicílio	“ Más condições de habitabilidade , más condições da família e dos cuidadores , e falta de capacidade de cuidar ”	Más condições de habitabilidade do doente Incapacidade de cuidar (cuidadores)

Fonte: Entrevistas

As *condições físicas/aquecimento na casa do domicílio do doente* foram mencionadas por um profissional de saúde médico, pelas **más condições** de **habitabilidade** e pelas **más condições de vida** que os **cuidadores e/ou família** oferecem ao doente (Quadro 82).

(3.) Causas mais frequentes de Eventos Adversos da Unidade de Cuidados na Comunidade

Os excertos mais relevantes da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) somaram 82 referências, divididas por sete categorias, por ordem decrescente de frequências. Não foram mencionadas as categorias *medicamento*, *diagnóstico*, *notificação*, *equipamento e material*

usado nas unidades de saúde — uma unidade com preocupações “viradas” para a comunidade (ver Tabela 19).

Tabela 19 — Grupos de possíveis causas de eventos adversos da Unidade de Cuidados na Comunidade

	Ocorrências
1. Organização	29
2. Comunicação	17
3. Capacitação	10
4. Registo	8
5. Doente versus sistema de saúde	6
6. Condições físicas e de aquecimento das unidades de saúde	6
7. Condições físicas e de aquecimento da casa do doente	6
	Σ 82

Fonte: Entrevistas

Organização

A partir das entrevistas, identificaram-se as frases mais representativas e as palavras-chave da UCC sobre *organização*, dita 29 vezes, em seis subcategorias (ver Quadro 83).

Quadro 81 — Ideias Relevantes sobre *organização*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Circuito do doente fora do sistema	“Alguém que telefonasse a dizer: "tem alta" . Mas falha algo de ambos os lados . É mais fácil o doente vir da comunidade, Segurança Social, para terapias ”	Gestão Alta/Terapias/Contato telefónico/Falhas a ambos níveis Doente vêm Segurança Social
Falta de procedimentos normalizados em todas as intervenções desde a entrada à saída do doente	“ Muitas situações prioritárias para atuar num curto espaço de tempo ; faltam indicações. Um grande volume de trabalho e situações novas todos os dias... Com procedimentos feitos , mas sempre desatualizados ”	Situações prioritárias/atução imediata/Volume trabalho Falta indicação/condução desfasada tempo
Circuito do doente dentro do sistema	“ Sempre a mudar de instalação , de espaço físico , de salas , estando o utente um bocadinho à nora , à procura de informação . A articulação entre unidades podia melhorar ”	Mudança recorrente da instalação, espaço físico, salas (a melhorar articulação) Doente perdido/procura informação
Falta de procedimento normalizado de intervenção e de articulação entre níveis de atuação	“Existem dificuldades entre a consulta de Fisiatria do hospital , a consulta de Medicina Geral e Familiar e as vagas de Fisioterapia no serviço, na UCC”	Dificuldades procedimento Consulta Fisiatria Hospital/Consulta MGF/Vagas Fisioterapia UCC
Reuniões regulares de equipa	“As reuniões são importantes ; poucas para articular . Equipas onde não se fazem reuniões para se passar informação/supervisão do que cada um faz”	Reuniões de equipa relevantes (poucas) Passar informação/supervisão profissionais (não sistemáticas)
Articulação do serviço de ambulâncias/Centro Saúde	“A articulação com as ambulâncias dá problemas . Agendamento não se cumpre ”	Problemas de articulação entre ambulâncias Agendamento não-cumprido

Fonte: Entrevistas

Face ao *circuito do doente fora do sistema*, com oito indicações de seis participantes, parece existir uma forte apreensão em relação à **gestão** das **altas** e das **vagas** para **terapias**, que se simplificariam com um **contato telefónico** à UCC — um aspeto que carece de melhoria em ambos os sentidos. A articulação parece facilitada com a comunidade e a Segurança Social local. Também foi sinalizada oito vezes, por cinco participantes, a subcategoria *falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções desde a entrada até à saída do doente*, que carece de uma solução urgente pelo **grande volume** de **trabalho**, que muitas vezes consiste

em **situações prioritárias** que requerem **atuação imediata**. Parece que se **fazem procedimentos** (não sendo indicados quais) **desfasados no tempo** face à necessidade, dando a sensação de que existe **falta de organização** — o que pode não ser real. Soube-se ser **comum a mudança de instalação, espaço físico, e salas**, o que parece deixar o **doente perdido** na unidade, à **procura de informação**. Também a *articulação entre unidades precisa de melhorias*, sendo que essa melhoria ajudaria o *circuito do doente dentro do sistema*, que foi uma subcategoria indicada por seis participantes. Ou seja, *estabilizar as instalações da unidade* poderá ser um primeiro passo para *estabilizar o circuito e o acesso à informação* por parte do doente e da sua família.

Um participante indicou três vezes a subcategoria *falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções em articulação com outros níveis de actuação*, de onde saíram patentes as preocupações face às **dificuldades de procedimento** na articulação entre a **consulta de Fisiatria** do **Hospital de Santarém**, a **consulta de MGF** nas **USF's** e as **vagas de Fisioterapia**, que é uma atividade profissional integrada na **UCC**. Um procedimento dificultado por consistir na articulação interna e externa de três estruturas distintas (hospital-outro nível de cuidados; UCC/USF-mesmo nível, mas unidades funcionais diferentes).

Esta é uma equipa onde três participantes consideraram as *reuniões regulares de equipa importantes*, e consideraram que estas **funcionavam bem**, mas eram **poucas**, com uma CSD ligeiramente acima da média⁸. As reuniões dão uma boa ajuda na **passagem de informação** e **supervisão** do trabalho de **cada profissional**, e poderiam ser usadas para uniformizar os poucos procedimentos existentes, quer locais, quer nacionais, muito pelas UCC serem das últimas unidades a formarem-se no panorama da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP, 2006).

Os profissionais transmitiram a ideia de que **algumas equipas não fazem reuniões**.

Para um participante, a subcategoria *articulação do serviço de ambulâncias e Centro de Saúde* conduz a **problemas**, dado os **agendamentos** não serem geralmente **cumpridos** (Quadro 83).

Comunicação

Nas entrevistas identificaram-se as afirmações relevantes e respectivas palavras-chave da UCC sobre *comunicação*, mencionada 17 vezes, em quatro subcategorias (ver Quadro 84).

⁸ Ver tema 3 da área chave informação e formação em segurança do doente

Quadro 82 — Ideias Relevantes sobre *comunicação*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Registos clínicos acessíveis a todos profissionais saúde	“Fisioterapia sem acesso à Plataforma de Dados de Saúde (PDS) , a avaliações ou a registos , o que é uma grande falha , Enfermeiro e médico acedem a registos ”	Fisioterapia sem acesso a PDS, avaliações, registos como médico e enfermeiro Falha Importante na comunicação
Passagem de turno	“As passagens de turno são feitas a falar sobre pendentes ou o que foi feito — isto é um aspeto a melhorar , mas essa melhoria depende de se nos lembramos ”	Passagem de turno/procedimento a melhorar Pendente/feito/Dependente do profissional
Atraso/falha de comunicação com doente	“ Respeitar ; o profissional tende a indicar pessoa que fazer; não percebe que tem; ninguém disse”	Respeito do PS pelo doente (não indicar que fazer) Doente não percebe que tem/não se diz
Enfermeiro da família (USF) enfermeiros de outras unidades	“Para mim é lógico: um doente passa pelas várias unidades , e tem de ser registado no SAPE , para existir articulação ; procedimento não instituído ”	Doente transversal a diferentes US Enfermeiro regista SAPE/Articulação Registo de enfermagem US não-instituído

Fonte: Entrevistas

Um participante indicou seis vezes a subcategoria *registos clínicos acessíveis a todos os profissionais de saúde*, deixando patente uma preocupação da área disciplinar da **Fisioterapia**: o **não aceder à Plataforma de Dados de Saúde**, a **avaliações** e **registos nesta plataforma presentes**, sendo que isto é entendido como uma **falha**, pois o acesso facilitaria a **comunicação** interprofissional, uma vez que **médicos/ enfermeiros** já **acedem** detalhadamente a **registos** que advêm de outros níveis de cuidado. Outra preocupação de destaque corresponde à *passagem de turno* (só indicada nesta unidade), considerada por cinco participantes de enfermagem como estando relacionada com **informação** que fica **pendente** ou informação sobre **procedimentos realizados**. Deve ser melhorada, para não ficar dependente da **memória** e da “vontade do **profissional**”. Na opinião de três participantes, o profissional de saúde tem de melhorar as competências comunicativas, já que o *atraso ou falha na comunicação com o doente* acontece por o **doente não perceber** o que **tem**, e pela **pouca explicação** que lhe é **dada**. Também se soube a tendência do **profissional sugerir** ao doente o **que fazer**, sendo que isto terá de mudar, pois deve ouvir-se melhor o **doente**, e **respeitá-lo**. Este são assuntos que preocupam a UCC pelo seu cariz comunitário e de grande proximidade ao doente.

No que toca às três indicações de um participante sobre a *comunicação entre o enfermeiro de família da USF com enfermeiro de outras unidades*, a dificuldade reside na forma como os **enfermeiros** registam no **SAPE** essa **articulação**: é um **procedimento** que não está **instituído**, mas que é importante pelo facto de o doente ser o mesmo e/ou ser **transversal** às **unidades** (Quadro 84).

Capacitação

A partir das entrevistas identificaram-se as afirmações mais relevantes da UCC acerca da *capacitação*, citada 10 vezes, em três subcategorias (ver Quadro 85).

Quadro 83 — Ideias Relevantes sobre *capacitação*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Desvalorização do risco do evento	“Os utentes estão quinze dias no domicílio , sem intervenção ; não é preconizado , mas não houve alerta . Mesmo o doente usa gás, e na cozinha usa micro-ondas. Deve-se consciencializar a família que não pensa no risco ”	Doente 15 dias em casa sem intervenção Não-preconizado/Sem alerta Doente/família não pensam sobre riscos (mobilizar risco EA)
Desconhecimento das medidas de prevenção	“ Risco de pessoas acamarem pelos antecedentes . Agenda-se primeira visita de avaliação , pela prevenção ”	Risco do Doente acamar pelos antecedentes Prevenção/agendamento da avaliação
Redes de comunicação entre profissionais	“Com a USF D. Sancho I é muito fácil, por causa do correio eletrónico que funciona; existem aqueles profissionais que é preciso lembrar , mas depende do profissional. Com a USF Terra Viva , facilita estarmos no mesmo espaço físico ”	Sancho I comunicação via correio eletrónico/ Terra Viva comunicação pelo espaço físico partilhado Comunicação dependente do PS

Fonte: Entrevistas

Sobre a *capacitação*, soube-se não existir *valorização do risco do evento* — uma subcategoria indicada por cinco participantes face a exemplos que sucedem no **domicílio**. A prevenção poderia ser superior no caso de **doentes** que têm **alta**, **não-alertada**, e que **estão 15 dias** no **domicílio** sem usufruir de **intervenção**, atualmente **preconizada** como **precoce**. Também o **doente** e a **família** não **pensam** nos **riscos** que podem correr, visivelmente porque **não estão despertos**, e por não os **valorizarem** nem **conhecerem** as causas de **eventos adversos**. Em ambos os exemplos deve-se capacitar o doente, pois, ao valorizá-lo, podem-se prevenir situações que fogem ao controlo direto dos profissionais de saúde da UCC: as situações que ocorrem no domicílio. Seria fulcral que o Hospital alertasse a UCC de todos os doentes com alta (acamados com mais de 65 e com necessidade de realizar terapias). O *desconhecimento de medidas de prevenção* parece generalizado, fazendo com que se **previna pouco**, o que, aliado aos **antecedentes** de alguns **doentes**, favorece o **risco** do **doente acamar**. Para três participantes, o facto de a UCC não programar sistematicamente as altas com o hospital não pode criar sistematicamente a boa prática, sendo necessário fazer o **agendamento** da **primeira visita** imediatamente — nas primeiras 24 horas.

Outra subcategoria indicada por dois participantes consiste nas *redes de comunicação entre profissionais*, uma **comunicação** que é **fácil** com os **profissionais** da **USF D. Sancho I**, tendo sido instituída por **correio eletrónico**. No que toca à **USF Terra Viva**, fala-se de uma rede de interação que é **facilitada** pelo **espaço físico partilhado**, ficando a dúvida do que aconteceria se o espaço físico passasse a ser diferente. Seriamente, parece que as **redes comunicacionais** estão muito **dependentes** dos **profissionais** e não de uma **rede regular de comunicação** (Quadro 85).

Registo

A partir das entrevistas identificaram-se as afirmações mais relevantes da UCC acerca do *registo*, um assunto indicado oito vezes, em três subcategorias (ver Quadro 86).

Quadro 84 — Ideias Relevantes sobre registo

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Ausência de Registo	“Não temos sistemas de informação, o que dificulta o trabalho. Face à avaliação, despendemos tempo muito superior ao necessário, para inserir dados que estarão nos registos. É fundamental ao acesso registo”	Fundamental o acesso ao registo/Sem acesso Atividade dificultada Tempo de avaliação grande/pedido informação duplicada ao doente
Ausência de Registo clínico único acessível a todos profissionais	“Fisioterapia sem acesso às avaliações e aos diagnósticos médicos, de enfermagem; o registo ajudaria bastante a segurança do doente e das famílias, assim como a segurança dos profissionais”	Fisioterapia sem acesso a avaliações/diagnóstico de registo clínico único (médico/enfermeiro) Fisioterapia sem processo de segurança para todos
Categoria do Profissional no sistema de informação validado	“Determinados grupos profissionais, como fisioterapia, não têm um sistema informação validado, nem mesmo as grelhas de Excel que são usadas estão validadas”	Grupos profissionais/fisioterapia sem sistema informação validado Grelhas Excel não validadas

Fonte: Entrevistas

Recordando Ribas (2010), aquilo que não se regista não existe, sendo que isto parece ser muito relevante para o presente assunto, uma vez que a subcategoria *ausência de registo* foi indicada por seis participantes. Por isso, o **não-acesso dificulta a atividade do profissional**, e **aumenta desnecessariamente o tempo gasto numa avaliação**, correndo-se o risco de pedir **informação duplicada ao doente**, decerto já **registada**. O acesso ao *registo clínico, único e acessível a todos os profissionais* é uma forte apreensão da **Fisioterapia**, que indicou uma vez a **falta de acesso a avaliações/diagnósticos médicos/ enfermagem**, ao **processo único de saúde**. Nesta área profissional, o acesso ao **processo clínico único** facilitaria a **segurança de todos (doente, família, profissional)**, e, na nossa opinião, daria visibilidade à atividade profissional, e facilitaria a articulação entre o médico de família e a consulta de Fisioterapia — causas reportadas na *organização*. Mas falta tudo, e, na opinião do mesmo profissional, falta que a sua *categoria profissional tenha um sistema de informação validado* — **grupo profissional** que recorrera **grelhas feitas em Excel** (Quadro 86).

Doente versus Sistema de Saúde

Identificaram-se as afirmações mais relevantes da UCC acerca do *doente versus sistema de saúde*, mencionado cinco vezes, em três subcategorias (ver Quadro 87).

Quadro 85 — Ideias Relevantes sobre *doente versus sistema de saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Compreensão na reforma CS nas unidades	“As pessoas ainda não percebem muito bem esta divisão em unidades ; as coisas passaram a funcionar no mesmo espaço físico com finalidades distintas ”	Doente com dificuldade em perceber CS de unidades funcionais (mesmo espaço físico/finalidade diferente)
Risco de magoar	“O doente em casa está bem sentado e adormecido, mas tem de ter uma vigilância , pois pode ir pegar no carro sem condições ”	Doente em domicílio/sob vigilância Doente põe em risco a sua segurança

Risco de Queda	“A mim afluí-me o risco de queda , de cair em qualquer lado”	Risco de queda/Qualquer local
----------------	---	-------------------------------

Fonte: Entrevistas

Com três indicações, soube-se que o doente tem dificuldade em compreender a *reforma do Centro de Saúde em unidades funcionais diferentes*, com **finalidades diferentes**, mas a funcionarem no mesmo **espaço físico**. Face ao *risco de se magoar* surgiram duas indicações de que o **doente** no **domicílio** deve ter **sempre vigilância**. Uma indicação é sobre o *risco de queda* (Quadro 87).

Condições Físicas/Aquecimento Unidade de Saúde

Identificaram-se as afirmações mais relevantes da UCC sobre as *condições físicas/o aquecimento unidade de saúde*, citadas seis vezes numa subcategoria (ver Quadro 88).

Quadro 86 — Ideias Relevantes sobre *condições físicas/aquecimento unidade saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Estrutura do Edifício	“O espaço físico é mau, exíguo ; atendemos inúmeros idosos, que são pessoas com imensa dificuldade na mobilidade ”	Espaço físico desadequado Idosos com dificuldade de mobilidade

Fonte: Entrevistas

As seis indicações devem-se ao espaço físico em si mesmo, que é mau e exíguo para condicionar o atendimento à **população**, sobretudo população **idosa** com “dificuldades na mobilidade” (Quadro 88).

Condições Físicas e de Aquecimento Domicílio do Doente

Logo em seguida, identificaram-se nas entrevistas as afirmações mais relevantes da UCC acerca das *condições físicas/do aquecimento no domicílio do doente*, indicadas seis vezes com informações distribuídas por três subcategorias (ver Quadro 89).

Quadro 87 — Ideias Relevantes sobre *condições físicas/aquecimento casa doente*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Queda no domicílio	“As quedas em casa são uma preocupação ”	Quedas no domicílio/preocupação
Produtos de Apoio	“Se têm os produtos de apoio necessários para ajudar no banho e na alimentação ”	Produtos de apoio essenciais ao banho e alimentação
Barreiras Arquitetónicas	“O acesso às casas também é preocupante ”	Acesso ao domicílio/preocupação

Fonte: Entrevistas

A **preocupação** face às *quedas no domicílio* contou três indicações. Outra preocupação indicada duas vezes consiste nos *produtos de apoio*: se o doente tem aqueles que precisa para o **banho** e a **alimentação**. Com uma indicação, falou-se sobre as *barreiras arquitetónicas de acesso ao domicílio*, que são apreensões da equipa de enfermagem da visita domiciliária (Quadro 89).

(4.) *Causas mais frequentes de Eventos Adversos na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados*

A partir das entrevistas identificaram-se os excertos que fornecem os dados mais relevantes da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (34 referências em cinco categorias), por ordem decrescente de frequências (ver Tabela 20).

Tabela 20 — Grupos de possíveis *causas de eventos adversos da Unidade de Recursos Assistenciais partilhados*

	Ocorrências
1. Organização	16
2. Doente versus sistema de saúde	7
3. Condições físicas e de aquecimento das unidades de saúde	7
4. Capacitação	3
5. Equipamento e material usado nas unidades de saúde	1
	Σ 34

Fonte: Entrevistas

Organização

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da URAP acerca da categoria *organização*, citada 16 vezes em cinco subcategorias (ver Quadro 90).

Quadro 88 — Ideias Relevantes sobre *organização*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Falta de procedimentos normalizados em todas as intervenções desde a entrada à saída doente	“Atendemos muitos doentes , muitos dias tenho mais meia dúzia ou mais. Outra preocupação é a triagem de resíduos e materiais , que não se faz sempre da mesma maneira ”	Muitos doentes agendados e de não-triagem Resíduos/material igual
Higienização do equipamento/material	“Idealmente todo o material devia ser descartável . O material é mais sujeito a desinfecção do que esterilização ”	Material descartável/ a esterilizar
Controlo do Risco de Infeção Cruzada	“Gabinetes exíguos, onde controlo da infeção é difícil, tal como é difícil manter a higiene adequada . A infeção cruzada coloca risco de segurança”	Infeção cruzada Espaço físico exíguo/higiene
Fardamento	“ Não nos compram fardas , temos de ser nós”	PS compra farda
Higienização dos espaços de atendimento	“As condições de higiene dos locais de trabalho ”	Más condições de higiene nos espaços de atendimento

Fonte: Entrevistas

Das 16 indicações, cinco são relativas à *falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções entrada até à saída do doente*, quatro são relativas ao número de **doentes atendidos** por dia (muitos) entre **agendados** e não-**agendados**, e uma é relativa à **triagem** de **resíduos e materiais**, que é feita do mesmo modo, subsistindo a dúvida no profissional da URAP em relação ao que é correto. Pareceu-nos que o procedimento face à **triagem** do **material/equipamento** não é claro, subsistindo a dúvida em como se varia ou não de profissional para profissional. A *higienização do equipamento e material* também somou cinco indicações dos mesmos profissionais, pois é crucial ter material **descartável** que não seja **esterilizado**. Falou-se mais numa *desinfecção* do que propriamente em *esterilização*, permanecendo a dúvida.

O *controlo do risco de infeção cruzada* sintetizou três indicações. Soube-se ser difícil esse controlo, sobretudo por ser difícil manter a **higiene dos locais** — um **espaço físico exíguo**.

A organização da higienização dos espaços de atendimento também é uma preocupação, com uma indicação direta para as **condições de higiene dos locais**, que parece **desajustada**. Na mesma categoria conheceram-se duas indicações para a *farda/bata obrigatória cedida pela organização*, ouvindo-se que é o profissional que compra a farda, o que deveria ser obrigação da entidade patronal (Quadro 90).

Doente versus sistema de saúde

Identificaram-se nas entrevistas as afirmações mais relevantes sobre o *doente versus sistema de saúde* referida sete vezes em duas subcategorias (ver Quadro 91).

Quadro 91 — Ideias Relevantes sobre *doente versus sistema de saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Risco de queda	“Pessoas caem na rampa da entrada . Os velhotes podem cair, partir uma perna. Temos salas (ginásio) fora da instalação principal , na rua, o que é mau. Também se estão sempre a mudar as salas e as organizações dos espaços ”	Queda em vários locais da unidade População Idosa Salas fora edifício principal (dispersa)/Organização das salas
Risco de se magoar	“Às vezes as pessoas, ao se deitarem, batem na parede , pois a marquesa está junto à parede . Mas isto não é nada de especial, tendo em conta o pouco espaço que temos	Pessoas batem na parede ao mudar posição/subir marquesa Pouco espaço físico nas salas

Fonte: Entrevistas

O *risco de queda* somou seis indicações, revelando o facto de **existirem locais** na unidade mais **propícios** a esta ocorrência, sobretudo pela **dispersão** de serviços, com salas a funcionar fora do edifício principal, e também pela **mudança** na **organização** das **salas**, que é mais habitual do que seria desejável. Os locais onde **existem rampas** parecem locais **mais favoráveis** à **queda**, claramente pela inexistência de proteção lateral. Com uma indicação, soube-se que existe o *risco do doente se magoar*, porque existe **pouco espaço físico** nas **salas**, propiciando que o **doente bata na parede** — por exemplo, “ao subir uma marquesa ou mudar de posição” (Quadro 91).

Condições Físicas e de Aquecimento das Unidades de Saúde

Identificaram-se as afirmações mais relevantes da URAP sobre as *condições físicas e de aquecimento da unidade de saúde* ditas sete vezes, em sete subcategorias (ver Quadro 92).

Quadro 89 — Ideias Relevantes sobre as *condições físicas e de aquecimento da unidade de saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Rampas de acesso	“ Rampa é uma entrada perigosa , sem proteções laterais ”	Rampa de acesso perigosa/sem proteção lateral
Saídas de Emergência	“Emergência; degraus do metro; estores fechados ”	Saídas de emergência obstruídas (estores fechados/degraus)
Piso dos Edifícios	“O chão nalgumas zonas é escorregadio ”	Chão escorregadio em algumas zonas
Corredores de acesso da Unidade	“Os corredores são muito apertados , até exíguos ”	Corredores apertados/exíguos
Aquecimento/Arejamento nos Gabinetes	“A falta de aquecimento condiciona ”	Aquecimento condicionado

Espaço Físico dos Gabinetes Médicos/Atendimento	“Nós temos gabinetes muito exíguos ”	Gabinetes exíguos
Acessibilidade dos Passeios Exteriores	“Os passeios de acesso são curtinhos ”	Passeios de acesso curtos

Fonte: Entrevistas

Relativamente às *condições físicas e de aquecimento da unidade de saúde*, foram mencionados aspectos distintos, cada um completando sete indicações. Relativamente à *rampa de acesso*, **concluiu-se que esta é perigosa (não havendo proteções laterais, e sendo o tipo de piso e o declive perigosos)**; chegou-se também à conclusão de que os *passeios exteriores de acesso “são curtos”*. Também *o chão nalgumas zonas parece ser “escorregadio”*, e as *saídas de emergência* estão **obstruídas com estores fechados**, sendo o **acesso** feito através de **degraus “altos”**. Relativamente aos *corredores e gabinetes de atendimento*, *considerou-se que estes são apertados e exíguos*. O *aquecimento* está **condicionado** e o *espaço dos gabinetes* é reduzido (Quadro 92).

Capacitação

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da URAP acerca da categoria *capacitação*, mencionada três vezes em duas subcategorias (ver Quadro 93).

Quadro 90 — Ideias Relevantes sobre *doente versus sistema de saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Higienização das Fardas, Batas, e Outros	“Usa-se a bata para almoçar , a bata dá muito jeito por causa dos bolsos; o telemóvel e as chaves são postos neles; as batas andam amarelas de sujas ”	Batas usadas para pausas/almoço Batas não-higienizadas
Cultura de equipa/serviço público	“Não se valoriza esta coisa que é o serviço público, cultura não existe”	Serviço público Cultura não existe
Desvalorização do risco do evento adverso	“As quedas que ocorreram após a limpeza do chão... Não se valoriza o que pode acontecer”	Queda ocorre após limpeza Desvalorizado o acontecimento

Fonte: Entrevistas

Com duas indicações, soube-se que as *batas são usadas à hora de almoço*, nas **pausas**, e que a sua **higienização** fica **aquém** do **necessário**. Também numa perspetiva de capacitação, soube-se da *desvalorização do risco do evento adverso*, designadamente a não-realização de procedimentos de **segurança após a limpeza do chão, não se considerando** a possibilidade de uma **queda** ou de outro **acidente** com uma indicação. Ainda se soube de um profissional que **não existe cultura de equipa**, ou de *serviço público* (Quadro 93).

Equipamento e material usado na Unidade de Saúde

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da URAP sobre *equipamento e material usado na unidade de saúde*, mencionada uma vez numa categoria (ver Quadro 94).

Quadro 91 — Ideias Relevantes sobre *equipamento e material usado na unidade de saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Cadeiras usadas nos gabinetes	“As cadeiras são horríveis; há problemas devido às cadeiras, pois são mal concebidas, e outras estão partidas; “são chapa cinco””	Cadeiras desadequadas/antigas Desajuste doente/PS

Fonte: Entrevistas

Com uma indicação, soube-se que as *cadeiras usadas nos gabinetes* são **desadequadas** e **antigas**, tanto na perspetiva do **doente** como na perspetiva do **profissional de saúde** (Quadro 94).

(5.) Causas mais frequentes de Eventos Adversos da Unidade de Saúde Pública

Os excertos que fornecem os dados mais relevantes da Unidade de Saúde Pública totalizaram 16 referências, distribuídas por quatro categorias por ordem decrescente de frequências (ver Tabela 21).

Tabela 21 — Categorias de possíveis causas de eventos adversos da Unidade de Saúde Pública

	Ocorrências
1. Condições físicas e de aquecimento das unidades de saúde	10
2. Organização	2
3. Doente versus sistema de saúde	2
4. Equipamento e material usado nas unidades de saúde	1
	$\Sigma 15$

Fonte: Entrevistas

Condições Físicas e de Aquecimento das Unidades de Saúde

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da Unidade de Saúde Pública acerca da categoria *condições físicas/aquecimento da unidade de saúde*, que somou dez indicações, distribuídas por sete subcategorias (ver Quadro 95).

Quadro 92 — Ideias Relevantes sobre *condições físicas e de aquecimento unidades de saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Rampas de acesso	“A rampa da entrada CS é perigosa, pois as laterais não estão protegidas”	Rampa de acesso US perigosa/laterais não protegidas
Espaço Físico dos Gabinetes Médicos/Atendimento	“Nós temos gabinetes muito exíguos. O ginásio na rua, fora do edifício principal, traz problemas”	Gabinetes exíguos Ginásio fora do edifício principal (rua)
Saídas de Emergência	“Saídas de emergência definidas como saídas de emergência com degraus de metro, quase; e os estores muitas vezes estão fechados”	Saídas de emergência obstruídas (estores fechados/degraus)
Piso dos Edifícios	“O chão é escorregadio”	Chão escorregadio
Corredores de acesso da Unidade	“Os próprios corredores são muito apertados, até exíguos. As pessoas atropelam-se por aqui”	Corredores apertados/exíguos para a passagem do doente
Aquecimento/Arejamento da Unidade de Saúde	“Gabinetes são gelados”	Aquecimento condicionado Gabinetes frios
Passeios Exteriores de Acesso	“Os passeios de acesso são pequenos”	Passeios de acesso pequenos

Fonte: Entrevistas

Relativamente às *condições físicas e de aquecimento da unidade de saúde*, foram mencionados aspetos distintos em dez indicações. Em três indicações, preocupam as *rampas de acesso*. Parecem ser **perigosas**, dada a **falta** de **proteção** das **laterais**. Somando duas

indicações, soube-se que os *gabinetes de atendimento* são exíguos e que o **ginásio é fora do edifício principal**, o que **propicia alguns problemas**, na ótica dos profissionais de saúde. Com uma indicação, soube-se que os *corredores de acesso* aos **gabinetes** são **apertados e exíguos**. Também se soube que o *chão* **nalgumas zonas parece** ser “**escorregadio**” e que as *saídas de emergência* são feitas por **degraus** “altos” e estão obstruídas com **estores fechados**. No exterior, os *passaios de acesso* são pequenos. Outro aspecto prende-se com o **aquecimento**, visivelmente **comprometido**: os gabinetes são frios e com temperatura desadequada (Quadro 95).

Organização

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações mais relevantes da Unidade de Saúde Pública sobre *organização*, referida duas vezes, em duas subcategorias (ver Quadro 96).

Quadro 93 — Ideias Relevantes sobre *organização*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Higienização dos espaços de atendimento	“Às vezes é complicado manter uma higiene adequada ”	Desadequação da higiene nos espaços de atendimento
Controlo do Risco de Infeção Cruzada	“O controlo da infeção é difícil ”	Controlo da infeção/ difícil

Fonte: Entrevistas

Na opinião dos profissionais da USP, parece ser **difícil manter a higiene adequada** nos **espaços de atendimento**, tal como também parece ser **difícil controlar a infeção cruzada**, pela higiene que não é feita em quantidade ou qualidade, e também porque claramente **não se conhecem os motivos que favorecem a infeção cruzada** no contexto (Quadro 96).

Doente versus Sistema de Saúde

Identificaram-se, nas entrevistas, as afirmações relevantes da Unidade de Saúde Pública sobre o *doente versus sistema de saúde* dita duas vezes, em duas subcategorias (ver Quadro 97).

Quadro 94 — Ideias Relevantes sobre *doente versus sistema de saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
Risco de Queda	“Os velhotes... sei lá, até podem cair, e partir uma perna ”	Idoso com maior propensão para quedas
Compreensão da reforma do Centro de Saúde e suas unidades	“Andam sempre a mudar as salas e as organizações dos espaços, e isso não ajuda doente ”	Sistemática mudança de sala/organização (não ajuda doente)

Fonte: Entrevistas

Relativamente às duas indicações sobre o *doente versus sistema de saúde*, soube-se que o *risco de queda* **está favorecido** no **idoso**, com grande probabilidade de “partir uma perna”. Soube-se também que a constante **reorganização do sistema**, que se traduz numa frequente **mudança** de **salas** e do **local** onde se **fazem os procedimentos**, em nada ajuda o doente, que

fica visivelmente perdido e sem perceber como e onde aceder ao serviço. O **doente não compreende a reforma do Centro de Saúde em Unidades Funcionais** (Quadro 97).

Equipamento/Material Unidade de Saúde

Identificou-se a afirmação mais relevante da Unidade de Saúde Pública acerca da categoria *equipamento/material unidade de saúde*, referida duas vezes numa subcategoria (ver Quadro 98).

Quadro 95 — Ideias Relevantes sobre *equipamento/material usado Unidade de Saúde*

SUBCATEGORIA	IDEIA MAIS RELEVANTE	PALAVRAS-CHAVE
Cadeiras usadas nos gabinetes	“As cadeiras são horríveis”	Desadequação de Cadeiras

Fonte: Entrevistas

Relativamente a este assunto, dois profissionais de saúde disseram que as **cadeiras usadas nos gabinetes** são **desadequadas**, tanto na sua **perspetiva** como na perspetiva do **doente** (Quadro 98).

Em suma, a *organização* é a principal razão apontada para eventos adversos nas unidades funcionais, à exceção da USF Terra Viva, onde a *capacitação* assume a dianteira, e à exceção da Unidade de Saúde Pública, onde são as *condições físicas e aquecimento da unidade de saúde* que somam a maioria das preocupações dos profissionais.

Passam a observar-se as causas de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo, para se possa propor a Taxonomia de Eventos Adversos deste mesmo Centro de Saúde — o **tema (e)**.

4.3.2 (e) *Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo*

De modo a criar a Taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo, descreveram-se os principais grupos de causas de eventos adversos, que permitiram **propor** estratégias preventivas ou de minimização da incidência de eventos adversos no Centro de Saúde do Cartaxo — o **tema (e)**. Dos dados, contabilizaram-se 377 ocorrências, de onde se destaca a *organização*, que corresponde ao grupo com maior expressão (ver Tabela 22).

Tabela 21-Grupos de possíveis causas de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo

	Ocorrências
1. Organização	120
2. Doente versus Sistema de Saúde	64
3. Capacitação	53
4. Condições Físicas e de Aquecimento Unidade de Saúde	50
5. Comunicação	32
6. Medicamento	19
7. Registo	15
8. Notificação	8

9. Condições Físicas e de Aquecimento no Domicílio do Doente	8
10. Equipamento e Material usado na Unidade de Saúde	5
11. Diagnóstico	3
	Σ377

Fonte: Elaboração da Autora com base dados

Em seguida, analisam-se as 11 categorias individualmente.

(1.) *Organização*

A *organização* soma 120 indicações, em 14 subcategorias, o que corresponde a 31,9% dos dados (ver Tabela 23).

Tabela 22 — Grupos de causas de *organização* da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo

		Ocorrências
ORGANIZAÇÃO	1. Falta de procedimentos normalizados em intervenções, desde entrada até saída doente	28
	2. Sigilo e Confidencialidade	20
	3. Tempo de consulta e atendimento	15
	4. Circuito do doente dentro do sistema	11
	5. Circuito do doente fora do sistema	11
	6. Falta de procedimentos normalizados em intervenções de articulação noutros níveis de atuação	6
	7. Controlo do Risco de Infecção Cruzada	5
	8. Recursos Humanos insuficientes ou ausentes	5
	9. Reuniões regulares de equipa	5
	10. Higienização do equipamento e material	5
	11. Higienização dos espaços de atendimento	5
	12. Farda/bata obrigatória cedida pela organização	2
	13. Identificação obrigatória cedida pela organização	2
	14. Articulação serviço ambulâncias com unidades do Centro de Saúde	1
	Σ120	

Fonte: Entrevistas

A subcategoria *falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções desde a entrada até à saída do doente* do sistema de saúde somou 28 indicações, sendo em baixo expressas as ideias mais relevantes mencionadas e respetivas palavras-chave (ver Quadro 99).

Quadro 96 — Ideias mais relevantes sobre a *falta de procedimentos normalizados intervenções desde entrada até à saída do doente*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Atendemos doentes aos magotes ; marcados ao dia; tenho trinta pessoas; raros são os dias em que são mais meia dúzia ou mais, e é tudo prioritário ”	Procedimentos número/ urgência/rácio-dia/doentes
“Mandam bocais de lixo normal ; só saliva, mas as pessoas sangram das gengivas, e isso vai para resíduos normais , pondo causa a recolha de lixo ”	Condutas de resíduos/ higienização Riscos profissionais/ higienização
“As auxiliares não fazem formação ; temos batalhado. No ano passado fizeram alguma formação em riscos biológicos do doente e físicos ”	Formação AO (pouca/nenhuma) Riscos biológicos/físicos

Fonte: Entrevistas

Soube-se faltarem *procedimentos normalizados para as intervenções desde a entrada até à saída do doente* no sistema, em aspetos como: o **número de doentes a atender por dia**, a **urgência** a dar às **situações** e o **cálculo de rácios**. Um **rácio** que, segundo o grupo de **enfermagem**, **ultrapassa a disponibilidade** do profissional. Falou-se em aspetos relativos a **resíduos**, à **higienização de material** e do **equipamento**, e à **segurança dos profissionais de limpeza**, que são quem menos faz **formação** (Quadro 99).

Com 20 indicações, conheceu-se a importância do *sigilo e confidencialidade*, sendo que as ideias mais relevantes acerca deste aspeto se encontram expressas em baixo, bem como as suas respetivas palavras-chave (ver Quadro 100).

Quadro 97 — Ideias mais relevantes sobre a *sigilo e confidencialidade*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Coisas com nomes de utentes, na parte de baixo do armário; a chave, à noite, é retirada do gabinete e guardada onde sabemos”	Normalização de procedimentos / resguardo do processo/dados do doente
“Computadores têm palavra-passe; o ecrã bloqueia ao fim de um certo tempo de inutilização (10 minutos); mudar de utilizador, saio da sala”	Proteção de computadores com palavra-passe/mudança de utilizador
“Acedo à PDS e há registo; a existir restrições na consulta de dados dos doentes”	Restrição na consulta de dados de doentes

Fonte: Entrevistas

O *sigilo e a confidencialidade de dados* só foram indicados, pela **Unidade** de Saúde Familiar **D. Sancho I**, tanto na segunda área chave como agora, talvez pelo processo de **Acreditação em Saúde**. Sobre esta preocupação, notou-se uma série de **procedimentos** em curso, sobretudo (manter **armários fechados**; dar **segurança a computadores** de profissionais com recurso a **palavra-passe**; **restringir** a um nível estritamente necessário o **acesso** a dados) (Quadro 100).

Também o *tempo para atendimento e consulta* pode propiciar eventos adversos, com 15 indicações expressas nas afirmações e respetivas palavras-chave (ver Quadro 101).

Quadro 101 — Ideias mais relevantes sobre o *tempo de atendimento e consulta*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Rigor no tempo estipulado para consulta; 20” é tempo insuficiente; isto é perceptível ao doente: corta-se o discurso e não temos tempo para permitir que clarifique determinado problema, pois ultrapassa o tempo”	Muitos procedimentos em 20’ Desfavorável à relação médico-doente (compreende)
“Tenta-se oferecer a máxima qualidade no mínimo tempo possível; não é de todo possível em vinte ou quinze minutos”	Qualidade em menor tempo possível Difícil o atendimento 15”/20”
“Médico de Clínica Geral vê vertente física, social, familiar... Exige tempo”	MGF vê doente todo/requer tempo

Fonte: Entrevistas

No Centro de Saúde do Cartaxo, os profissionais (sobretudo o grupo de **Medicina Geral e Familiar**) consideram o **tempo curto** e/ou **insuficiente** (15 a 20 minutos) para todos os **procedimentos** a fazer. Este é um **tempo desfavorável à relação** profissional de saúde *versus*

doente. O **grupo médico**, que defende ver o doente no todo, afirma que “o tempo não chega; é mesmo **insuficiente**; e, se a pessoa tiver **dificuldades** em **ouvir** ou **falar**, é pior”. Ainda assim, os **profissionais** procuram uma **rigorosa interpretação** de **dados**, pois o **doente valoriza** o **tempo gasto** consigo na **consulta**, uma forte causa organizacional de eventos adversos no contexto (Quadro 101).

Identificaram-se afirmações que enriquecem a subcategoria *circuito do doente dentro do sistema*, que obteve 11 indicações (ver Quadro 102).

Quadro 98 — Ideias mais relevantes sobre do *circuito doente dentro do sistema*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“ Articulação das unidades cá dentro; o facto de o sistema estar sempre a mudar não ajuda”	Articulação da UF (mudança de circuito)
“Um bocadinho confuso para as pessoas , que andam constantemente um bocado desorientadas , à procura da informação, acabando por vir ter connosco”	Circuito não-instituído Doente perdido dentro sistema
“O facto de andarmos sempre a mudar de instalação , espaço físico, e de salas deixa o utente um bocadinho à nora ; deixa as pessoas perdidas ”	Mudança constante de instalações/confusão do doente em relação ao circuito a seguir/ acesso a unidades

Fonte: Entrevistas

Ficou claro que o **circuito do doente** dentro do sistema precisa de **melhorar**, e **alguns profissionais** até o consideraram **inexistente** ou **não-instituído**. As constantes **mudanças** nos **circuitos**, do **espaço físico**, das **unidades** e das salas **não tem melhorado** o **circuito interno**, deixando o **doente perdido** no **acesso** e **no circuito**. Parece que uma melhor **articulação** entre **unidades funcionais** beneficiaria o **circuito** do doente na **organização** de saúde (Quadro 102).

Identificaram-se as afirmações que enriquecem a subcategoria *circuito do doente fora do sistema*, e as respetivas palavras-chave principais (ver Quadro 103).

Quadro 99 — Ideias mais relevantes sobre o *circuito doente fora do sistema*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A urgência que nós damos a uma consulta do dia; o que dizemos que não é urgente ; mandamos para o hospital; preocupa; a triagem feita”	Conceito da urgência CSP Triagem de doentes em níveis de cuidado
“ Falha como há trinta anos; articulação com CSP secundários ; absurdo”	Falha na articulação CSP/ Secundários
“Ontem recebi uma situação, que veio através da Assistente Social da Segurança Social Local , sobre o atendimento de uma filha que estava preocupada , quando a mãe já tinha tido alta do Hospital , de uma artoplastia da anca; veio sem aviso”	Articulação entre o Hospital Distrital/Segurança Social Local Passagem informação/fácil local

Fonte: Entrevistas

As sete indicações prendem-se com a **definição de urgência** e a **triagem** do doente entre **níveis de cuidado**. A **assertividade** com que é feita a **triagem** entre **doentes urgentes** e **não-urgentes** parece ser uma reflexão **não-unânime**, existindo dificuldades na **identificação de doentes** como pertencentes ao **Hospital** ou ao **Centro de Saúde**. Também escassa é a **articulação** na **passagem de informação** entre os **cuidados primários** e **secundários**, com o

Hospital Distrital de Santarém, onde se deve investir na **concertação** de **esforços** e **sinergias**, face a exames **complementares** de **diagnóstico**, face à **não duplicação** de **procedimentos**, na **gestão** de **vagas** e **disponibilidades**, e face ao cumprimento de procedimentos e **guidelines** nas **transferências**. A **passagem** é **facilitada** quando há **proximidade geográfica** entre as instituições — exemplo disso mesmo é a articulação da UCC com a **Segurança Social Local** (Quadro 103).

Identificaram-se três afirmações (e suas respetivas palavras-chave) que podem enriquecer a subcategoria *falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções em articulação com outros níveis de atuação*, que somou seis indicações (ver Quadro 104).

Quadro 100 — Ideias mais relevantes sobre *falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções em articulação com outros níveis de atuação*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Vou ver se peço exame , para ter ideia do que o doente faz; não há sinergia, não se discute, não há reuniões, o hospital não vem até cá ”	Exame complementar ao diagnóstico/Não-duplicação/reuniões entre níveis
“Na Fisiatria há uma articulação; há maior contacto quando se referência ao doente ; vêm à consulta de MGF com indicações; um contacto no sentido da vaga no serviço ”	Articulação entre níveis de cuidado Gestão de vagas/disponibilidades
“Evoluído no que toca às plataformas; temos acesso e eles têm também, mas é virtual, e ninguém fala ; vê-se na PDS o que é feito na enfermaria/ consulta externa hospitalar, mas sempre sem conjugação de esforços ”	PDS favorável à articulação (virtual) Não-conjugação de esforços/sinergias

Fonte: Entrevistas

Preocupa a **articulação** entre **níveis** de cuidado. A **Plataforma de Dados de Saúde** foi considerada uma **mais-valia** para a **articulação**, mas ainda assim **virtual**, considerando-se importante uma **maior concertação** de **sinergias**, seja pela **passagem** de **exames complementares** de **diagnóstico**, ou pela **não-duplicação** de **procedimentos**, ou pela gestão de **vagas**. As **reuniões de trabalho** entre **níveis** foram indicadas como ausentes, mas **necessárias** (Quadro 104).

Outra preocupação é relativa ao *controlo do risco de infeção cruzada*, com cinco indicações. Identificaram-se as afirmações e suas respetivas palavras-chave principais (ver Quadro 105).

Quadro 101 — Ideias mais relevantes sobre o *controlo do risco de infeção cruzada*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Temos gabinetes exíguos , que, depois, ao nível do controlo da infeção , são pouco propícios à manutenção de uma higiene adequada ”	Gabinetes exíguos / higiene insuficiente Difícil controlo da infeção cruzada
“NI, controlo da infeção é complicada, e é uma preocupação ”	Grande preocupação com o controlo da infeção
“As extensões não garantiam a qualidade dos cuidados, ou a segurança nos tratamentos feitos a crianças no espaço doutras situações”	Extensão de saúde sem garantia de qualidade higiénica Gabinete de atendimento usado para diversos fins

Fonte: Entrevistas

O **espaço físico** dos **gabinetes** foi **considerado pequeno e pouco**, o que, aliado a uma **insuficiente higiene**, pode levar a um **risco** acrescido de infeção **cruzada** de difícil controlo, sobretudo nas **extensões de saúde**, onde o **espaço é menor** em tamanho e quantidade, levando a que o mesmo **gabinete** sirva **diversos fins**, e dificultando a higiene preconizada (Quadro 105).

Conheceu-se a preocupação com a *insuficiência* ou *ausência* dos *recursos humanos*, com cinco indicações. Identificaram-se as afirmações que enriquecem a subcategoria e as suas respetivas palavras-chave principais (ver Quadro 106).

Quadro 102 — Ideias mais relevantes sobre *recursos humanos insuficientes ou ausentes*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Faltam recursos humanos população que temos; 1900 utentes sem médico de família , e os médicos é igual”	Rácio profissional/doente 1900 ficheiro/Doentes sem MGF
“Estamos assoberbados a tapar buracos , e não há serviços mínimos ; é difícil substituir profissionais saúde ”	PS com muito trabalho/poucos recursos Serviços mínimos ausentes/Difícil substituir PS
“Hoje houve 2 ausências não programadas ; suposto estarem 5 pessoas, mas 1 estava de folga e 2 estavam atestados, o que dá menos de 50%. Não se substituem pessoas ”	Ausências programadas/não-programadas Serviços mínimos (sem substituição do PS)

Fonte: Entrevistas

Claramente, o **rácio** da **população versus profissionais** de saúde (**1900** utentes por ficheiro) é um número que “parece ter **tendência a aumentar**”. Analogamente, existe uma preocupação com o **assegurar o seu ficheiro**, mas também por parte **daqueles sem médico** e enfermeiro de **família**, levando à **sobrecarga** do **profissional**. Também foram indicadas as **ausências programadas** e **não-programadas**, que, em conjunto, podem levar à **ruptura** no **atendimento**, enfatizando a importância da existência de **serviços mínimos**, apenas observados na USF D. Sancho I. As restantes unidades não têm serviços mínimos, ou seja, não têm uma “bitola” de atendimento, **atendendo** todos os **doentes** que se **dirigem** à **unidade** — uma situação dita pela USF Terra Viva. Soube-se que os **recursos humanos** são **insuficientes** ou **ausentes**, não se contando com eles — sendo isto um problema, uma vez que não são facilmente **substituíveis** (Quadro 106).

Outra subcategoria refere-se a cinco indicações sobre as *reuniões regulares de equipa*, tendo-se identificado as afirmações relevantes e suas respetivas palavras-chave (ver Quadro 107).

Quadro 103 — Ideias mais relevantes *reuniões regulares de equipa*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Existem equipas onde não se fazem reuniões para passagem de informação ou supervisão do que cada um faz; aspeto a melhorar ”	Reunião-Boa Prática (passar informação/supervisão)
“As reuniões são importantes , mas poucas , para o que temos de articular uns com os outros ”	Reuniões importantes, poucas Muita quantidade de informação a articular
“Não podemos fechar-nos num casulo; temos de fazer reuniões , são precisas mais ”	Rácio de reuniões baixo/necessidade

Fonte: Entrevistas

As **reuniões** são observadas como uma **boa prática**, mas apresentam um **baixo rácio**, certamente **insuficiente** face à quantidade de informação a articular em cada unidade funcional. Para além das reuniões que **acontecem** em **cada unidade funcional**, não se encontrou alusão a reuniões entre **unidades funcionais** ou entre **níveis de cuidado**, apesar **melhorarem** a articulação (Quadro 107).

Também preocupa a *higienização do equipamento e do material*, com cinco indicações (ver Quadro 108), e a *higienização dos espaços de atendimento*, com cinco indicações (ver Quadro 109).

Quadro 104 — Ideias mais relevantes sobre *higienização do equipamento e material*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“O material devia ser descartável , pois facilitava a higiene ”	Tipo de material/higienização
“O material está mais sujeito a desinfecção do que a uma esterilização ”	Desinfecção/Esterilização

Fonte: Entrevistas

Quadro 105 — Ideias mais relevantes sobre *higienização espaços de atendimentos*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“As condições de higiene dos locais de trabalho são preocupantes”	Preocupação com a higiene do gabinete
“Ainda não conseguimos resolver a questão da higiene nas extensões , que nos preocupa já há oito anos, e que não é uma questão que se coloca hoje”	Higiene das extensões de saúde
“ Higienizar mais as salas ; eu posso limpar muito bem uma ferida, mas se a sala está suja... ”	Quantidade/Qualidade da Limpeza

Fonte: Entrevistas

A *higienização de equipamento e material* é uma preocupação exclusivamente indicada pela URAP, o que pressupõe a necessidade de se **normalizar** procedimentos face a **resíduos**, à **higienização** do **material/equipamento** e à **segurança** dos **profissionais de limpeza**. Associou-se esta forte preocupação com a higiene ao facto de a formação contínua das assistentes operacionais ser insuficiente (sendo estas assistentes quem faz menos formação). A higiene pode ser melhorada se o material usado for **descartável**, por **favorecer** as **condições higiénicas** e a segurança do doente. Também se conheceram procedimentos pouco uniformes sobre que materiais devem ser sujeitos a **desinfecção** e/ou **esterilização** (Quadro 108). Relativamente aos *espaços de atendimento*, seja pela **quantidade** seja pela **qualidade**, existe uma preocupação com a higiene, sobretudo nas **extensões de saúde** (Quadro 109).

Outro aspeto com duas indicações é a *farda/bata obrigatória cedida pela organização*, existindo também duas indicações face à *identificação obrigatória a ser cedida pela organização* (a qual não existe) — noções espelhadas nas ideias relevantes e respetivas palavras-chave (ver Quadro 110).

Quadro 106 — Ideias mais relevantes sobre *farda, bata e identificação obrigatória cedida pela organização*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“ Não compram fardas ; temos de ser nós”	PS compra farda

“Eu muitas vezes nem ando identificada ”	PS sem identificação
---	----------------------

Fonte: Entrevistas

As indicações foram ditas pelos mesmos profissionais de saúde, da URAP e da UCC. Quer **fardamento** quer **identificação** requerem regulação na organização (Quadro 110).

Também a *articulação entre o serviço de ambulâncias com as unidades do Centro de Saúde* é difícil, e levanta problemas ao sistema de saúde e ao doente, espelhados numa ideia mais relevante e respetiva palavra chave (ver Quadro 111).

Quadro 111 — Ideia mais relevante sobre *articulação serviço de ambulâncias com unidades do Centro de Saúde*

IDEIA MAIS RELEVANTE	PALAVRAS-CHAVE
“Articulação com ambulâncias dá problemas. Agendamento não se cumpre ”	Problemas na articulação com ambulâncias Agendamento não cumprido

Fonte: Entrevistas

Pelo seu cariz comunitário, esta é uma preocupação pertencente apenas à UCC, pois os **serviços de ambulância agendados** tendem a **não ser cumpridos** (Quadro 111).

Assim, e considerando o conhecimento obtido, foi possível a construção da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo para a *organização*, alocando criteriosamente possíveis soluções. Foi também possível mapear o caminho de possíveis causas de eventos adversos de *organização*, desde a sua **origem/exposição** até às **soluções** alindadas ao Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD).

No grupo *organização*, a **origem** centra-se sobretudo no **profissional de Saúde** e/ou na **organização de saúde**, destacando-se como **exposição**, a não-normalização de procedimentos: *número de doentes a atender por dia, cálculo do rácio profissional versus doente e urgência dada às situações*. Por isso, a **barreira** passa por: *normalizar o número de doentes a atender por dia, rever o rácio doente versus profissional e normalizar a urgência de situações, sempre no âmbito dos CSP*. Ou seja, para que a *(in)definição de urgência das situações atendidas* não se concretize numa **exposição**, devem *definir-se situações de triagem prioritária (urgentes e não-urgentes) nos CSP*. Na mesma **origem**, outras **exposições** importantes consistem no seguinte: *rácio profissional versus doente* (alto e com tendência a aumentar — 1900 utentes com ficheiro), *o atendimento de ficheiros sem médico e enfermeiro de família e as ausências programadas ou não-programadas*, as quais fazem com que (sobretudo) **médicos e enfermeiros** coloquem uma **barreira** que deve passar por *definir tarefas prioritárias ao assegurar os ficheiros sem médico/enfermeiro família*. Outra barreira possível é *definir/estender os serviços mínimos em todas as unidades funcionais do CS*.

Igualmente com **origem** no **profissional de saúde** (sobretudo **médico**), conheceu-se a seguinte **exposição**: *tempo insuficiente de consulta não favorece a relação profissional (doente*

dificuldade audição e fala). Como **barreiras** indicam-se: *definir um tempo médio de consulta com um rácio razoável quantidade versus qualidade, manter e definir parâmetros de qualidade no atendimento face ao tempo disponível, e definir/estender serviços mínimos a todas unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo* (já indicada). Concretamente, o **enfermeiro**, na **unidade de saúde**, é a origem à **exposição sobrecarga** do grupo profissional, tornando crucial que se validem os *rácios de enfermagem* de acordo com os valores médios da OCDE. O **profissional de saúde** também entra em incumprimento nos *procedimentos sigilo e confidencialidade*, com **procedimentos/ barreiras** já começadas, mas não uniformes (unidades em acreditação), sobretudo: *restringir o acesso aos computadores do profissional de saúde com recurso a palavra-passe, consultar os processos só em relação àquilo que for estritamente necessário, e manter* (o mais possível) *os armários fechados*.

Existe uma situação com **origem na Organização de Saúde** (apesar do **profissional de saúde** “dar a cara”) que é relativa ao circuito dentro do sistema inexistente/não-instituído (precisa melhorias), sobretudo pelas *mudanças constantes nos circuitos/espço físico* e pela *falta de articulação entre unidades funcionais*, fazendo com que o **doente** fique *perdido* no *circuito dentro do sistema*, na *unidade de saúde*. Algumas **barreiras possíveis** são: *definir procedimentos conhecidos por todos na unidade de saúde, e dar na consulta ferramentas ao doente para ativar/normalizar circuitos nas unidades e no sistema*. Também passa por *implementar sistematicamente a Plataforma de Dados de Saúde* — uma **excelente** barreira à passagem deste evento adverso. A **seguinte exposição** tem também origem na **organização de saúde** (mesmo que, o profissional de saúde seja quem a efetiva): a *articulação entre níveis (unidades funcionais e Hospital Distrital Santarém)*. Para incrementar melhorias, é urgente que se *promova uma maior concertação de esforços (passagem de exames complementares ao diagnóstico; gestão de vagas/ transferências; não-duplicação de procedimentos)*, criando uma **barreira**. Outra **exposição** consiste no *baixo rácio de reuniões*, que limita a passagem de *informação/supervisão de procedimentos*, principalmente entre níveis. Seria interessante a possibilidade de se *definir a periodicidade/ modalidade de reuniões inter/entre equipas de todas as unidades funcionais e do hospital, cumprindo* o mais possível as *reuniões planeadas*.

Outras **origens** conhecidas no **Profissional de Saúde/organização de saúde** são devidas à *aquisição de farda/bata obrigatória* e à *identificação inexistente do profissional de saúde*, consistindo a barreira na *oferta da farda/bata (1 por ano)* a todos e na *distribuição de identificação por todos os profissionais de saúde*.

Ainda sobre o **Profissional de saúde versus Unidade Saúde**, falou-se na *insuficiente higiene (extensões saúde)* e no *pouco espaço físico* de que dispõem as *Unidades de Saúde*. Por

isso, seria crucial formarem-se barreiras tais como: *privilegiar a higiene nas extensões saúde e reorganizar (sempre que possível) o espaço físico nas unidades saúde, limitando o mais possível a infeção cruzada*. Seria crucial que o **profissional de Saúde** considerasse as *assistentes operacionais* uma *peça fundamental na Organização de Saúde*, enquanto *stakeholders fundamentais*, colmatando possíveis exposições conhecidas que começam nesse grupo profissional. Ainda no que toca à higiene, mas mais especificamente a higiene dos espaços de atendimento, a **origem** centra-se na *falta (de quantidade e qualidade dos espaços atendimento, mais acentuada nas Extensões Saúde)*. Para colmatar esta possível origem, deve *reforçar-se e melhorar a higiene* e igualmente *definir e validar sistematicamente procedimentos de higiene com as Assistentes Operacionais*.

Relativamente às **assistentes operacionais** enquanto possível **origem** de **exposições** conhecidas, são inexistentes ou estão em falta alguns *procedimentos normalizados face a resíduos; higienização de material/equipamento, segurança e qualidade*. Parecem ter *pouca segurança ao realizar limpeza e fazem pouca ou nenhuma formação contínua*. Por isso, as barreiras poderiam e devem passar por *normalizar procedimentos e fazer formação contínua sobre resíduos, higienização do material/equipamento, qualidade e segurança do doente*. Relativamente ao mesmo grupo profissional, parece que falta *qualidade da higiene (extensões saúde)*. Deve-se *privilegiar o uso de material/equipamento que favoreça a higiene (descartável)*.

Na **comunidade** têm **origem** possíveis **exposições conhecidas**, sobretudo *problemas frequentes na articulação com o serviço ambulâncias*, sugerindo-se por isso a seguinte **barreira**: *melhorar esta articulação, com recurso a reuniões regulares entre o Centro de Saúde e as instituições parceiras*. Deve-se integrar o *doente na cogestão do transporte em ambulância*.

Concretizando, se as **exposições conhecidas** se alinharem, podem transpor as **barreiras** e constituir-se nas seguintes causas de eventos adversos: *falta de procedimentos normalizados para intervenções desde a entrada até à saída do doente dentro do sistema e em articulação com outros níveis de atuação; sigilo e confidencialidade; tempo de atendimento e de consulta; circuito do doente dentro e fora do sistema; controlo do risco de infeção cruzada; recursos humanos insuficientes ou ausentes; reuniões regulares de equipa; higienização do material, equipamento e espaços de atendimento; farda, bata e identificação obrigatórias e articulação do serviço de ambulâncias com as unidades do Centro de Saúde*.

Para todas as causas supracitadas existem soluções transversais que passam por: *construir um manual de boas práticas em todas e entre todas as unidades funcionais, testar os*

procedimentos de simulação de casos, e incorporar (periodicamente) dentro do sistema as técnicas seguras e o conhecimento científico mais recente. A última solução pode ser feita para fora do sistema, pretendendo minimizar os EA: procedimentos normalizados de intervenções com articulação entre níveis de atuação; sigilo/confidencialidade; circuito fora sistema; e articulação do serviço de ambulâncias com o Centro de Saúde.

O estabelecimento de procedimentos de avaliação/prevenção EA no circuito do doente dentro do sistema de saúde previne a falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções desde a entrada até à saída do doente; sigilo e confidencialidade; tempo de atendimento e consulta; circuito do doente dentro do sistema; recursos humanos insuficientes ou ausentes; e as reuniões regulares de equipa. A mesma medida, mas para avaliação/prevenção de EA no circuito do doente fora do sistema saúde (Hospital Referência, RNCCI, equipas dos domicílios independentes da unidade funcional de serviços comunidade-ambulâncias), previne a falta de procedimentos normalizados de intervenções com articulação entre níveis de atuação, do circuito do doente fora do sistema, e da articulação entre o serviço de ambulâncias e as unidades do Centro de Saúde.

A revisão dos indicadores e o tempo disponível para o atendimento e a consulta, e a revisão do rácio de profissionais de saúde versus doente por área geográfica, são soluções que pretendem colmatar: a falta de procedimentos normalizados em intervenções desde a entrada até à saída do doente; tempo de atendimento e da consulta; o circuito do doente dentro e fora do sistema; os recursos humanos insuficientes ou ausentes; as reuniões regulares de equipa.

Já a solução que passa pela realização de reuniões de equipa (periodicidade ajustada aos horários profissionais dentro e entre Unidades funcionais e entre níveis pretende colmatar a falta de procedimentos normalizados em intervenções desde a entrada até à saída do doente e a articulação com outros níveis de atuação; o circuito do doente dentro e fora do sistema; os recursos humanos insuficientes ou ausentes; as reuniões regulares de equipa.

Seria uma excelente **solução** para todas as unidades fazer formação sobre sigilo/confidencialidade de dados, e sobre higiene espaços, equipamento e material, prevenindo questões do sigilo e confidencialidade de dados, de higiene de espaços de atendimento, equipamento e material. A solução que passa por generalizar procedimentos face a sigilo e confidencialidade favorecerá o sigilo e confidencialidade de dados, e o circuito do doente dentro do sistema. Também podem surgir EA ligados à farda, bata e identificação obrigatória dos profissionais, tornando crucial que a organização distribua fardamento/identificação a todos profissionais (saúde e outros) pelo menos uma vez por ano civil.

O **Centro de Saúde do Cartaxo**, ao implementar as **soluções** indicadas, deve alinhar-se com os **eixos estratégicos** do **PNSD**, que são, neste caso: (1) *aumentar a cultura de segurança do ambiente interno*, (2) *aumentar a segurança da comunicação*, (3) *prevenir a ocorrência de quedas*, (4) *assegurar prática sistemática de notificação, análise e prevenção incidentes* e (5) *prevenir e controlar infeções e resistências aos antimicrobianos*

As soluções indicadas para causas de organização foram sistematizadas com recurso a legenda (ver Quadro 112).

Quadro 107 — Soluções possíveis para eventos adversos de Organização

Organização	Legenda
Construir Manual de boas práticas para todas/entre unidades funcionais	◇
Distribuir fardamento/identificação aos profissionais	*
Estabelecer procedimentos de avaliação e prevenção de EA no circuito do doente fora do sistema de saúde (Hospital Referência, RNCCI, equipas dos domicílios, independentemente da unidade funcional de serviços à comunidade (ambulâncias)	▲
Estabelecer procedimentos de avaliação/prevenção de EA no circuito do doente dentro do sistema de saúde	❖
Fazer reuniões de equipa (periodicidade ajusta horários profissionais dentro, entre Unidades funcionais e níveis)	✘
Formar todas unidades sobre sigilo e confidencialidade de dados; higiene de espaços, equipamento e material	▽
Generalizar procedimentos de sigilo/confidencialidade	◊
Rever indicadores/tempo disponível para atendimento/consulta; rácio PS <i>versus</i> doente por área geográfica	□
Testar procedimentos de simulação de casos e procedimentos periodicamente; incorporar técnicas seguras/conhecimento científico recente dentro do sistema	⊙
Testar procedimentos de simulação de casos e procedimentos periodicamente; incorporar técnicas seguras/conhecimento científico recente fora do sistema	+

Fonte:

A codificação com legenda sistematizou a taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo para as causas de organização anteriormente descritas (ver Tabela 24).

Tabela 23 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Organização

Organização	Soluções possíveis para eventos adversos											
Causas possíveis de eventos adversos	∑	◇	*	▲	❖	✘	▽	◊	□	⊙	+	Total
Falta de procedimentos normalizados para intervenções desde a entrada até à saída do doente	28	×			×	×			×	×		5
Sigilo e Confidencialidade	20	×			×		×	×		×	×	6
Tempo de atendimento e consulta	15	×			×				×	×		4
Circuito do doente dentro do sistema	11	×			×	×		×	×	×		6
Circuito do doente fora do sistema	11	×		×		×			×	×	×	6
Falta de procedimentos normalizados para intervenções com articulação entre níveis de atuação	6	×		×		×				×	×	5
Higienização do equipamento e material	5	×					×			×		3
Controlo do Risco de Infeção Cruzada	5	×								×		2
Recursos Humanos insuficientes ou ausentes	5	×			×	×			×	×		5
Reuniões regulares de equipa	5	×			×	×			×	×		5
Higienização dos espaços de atendimento	5	×					×			×		3
Farda/bata e identificação obrigatória	4	×	×							×		3
Articulação entre o serviço de ambulâncias e as unidades do Centro de Saúde	1	×		×						×	×	4
	120											

Fonte: Entrevistas e Adaptado de Ribas (2010)

A figura 9 sintetiza os dados observados sobre o grupo *organização*, dando uma “fotografia” exata do que foi encontrado no Centro de Saúde do Cartaxo⁹.

(2.) Doente versus Sistema de Saúde

A categoria *doente versus Sistema de Saúde* somou 64 indicações em 6 subcategorias, correspondendo a 17 % dos dados (ver Tabela 25).

Tabela 24 — Grupos de causas do *doente versus Sistema de Saúde* da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo

		Ocorrências
DOENTE Versus SISTEMA SAÚDE	1. Acesso ao serviço de saúde	30
	2. Acesso ao profissional de saúde	15
	3. Risco de Queda	9
	4. Compreensão da reforma do Centro de Saúde e unidades	6
	5. Risco de se magoar	3
	6. Sentimento de Insegurança	1
		Σ64

Fonte: Entrevistas

Começando, identificaram-se três ideias relevantes e respetivas palavras-chave a partir das 30 indicações da subcategoria *acesso ao serviço de saúde* (ver Quadro 113).

Quadro 108 — Ideias mais relevantes sobre o *acesso ao serviço de saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Temos de garantir o atendimento, e não mandar ninguém para trás; acabamos por atender toda a gente que se dirige à unidade ”	Acesso dos doentes a recorrem ao serviço de saúde
“O que é facto é que quanto mais se oferece, maior é a procura, e a capacidade aqui é limitada; é diferente de um serviço que esteja 24 horas aberto; as pessoas consomem, consomem muito ”	Maior oferta/maior procura Capacidade de serviço limitada Doente consumista
“ A população é exigente, e envelhecida, com menor poder compra; muita gente no privado; aqui pagam 5€ e faltam recursos; muito consumistas; necessidade de conversar no verão ”	População exigente/envelhecida menor poder de compra/privado Doente convive com CS

Fonte: Entrevistas

Os serviços tentam **assistir todos os doentes** que a ele **recorrem**, apesar da **oferta** e da **capacidade** do **serviço** ser **limitada**, favorecendo a **rutura**. Soube-se do **consumismo** do **doente**, pelo **aumento** da **exigência**, pela **idade**, e pelo **menor poder** de **compra** (que limita a **ida** ao **privado**), e soube-se também da prática de se ao **Centro de Saúde apenas** para **conviver**.

O **consumismo** do doente pode, de alguma forma, ser propiciado pela **falta** de **eficiência** do sistema em momentos e locais, reforçando que o ponto de vista do Ministério da Saúde deve clarificar-se no Centro de Saúde do Cartaxo, pois "qualidade" não significará oferecer sempre mais e mais, como foi expresso na seguinte afirmação: “não entendo os serviços, queremos

⁹ (ver Apêndice D)

chegar a todo o lado”. Esta questão está seriamente associada a condições ambientais e a condicionantes do acaso (variação aleatória), já que os cuidados de saúde estão ligados a uma grande **imprevisibilidade** de **necessidades**, assim como à **insatisfação** e **desconfiança** do doente face aos serviços, as quais podem resultar na degradação da relação profissional *versus* doente, com as inerências humanas e de custo que favorecem o recurso ao Hospital, apostando-se pouco na prevenção. O concelho do Cartaxo é, do Agrupamento da Lezíria, aquele que maior densidade populacional possui, o que pode de alguma forma justificar a procura elevada. Também se sabe que é mais difícil comunicar com um doente quando o sistema não lhe atribui um ficheiro com médico de família estável, fragilizando a interação e a confiança na organização. Outra forma de refletir é recordar o papel do doente, enquanto *stakeholder* do sistema de **saúde**, passando para o papel de cliente, que possui mais informação, maior poder de decisão e de pressão (Quadro 113).

As ideias mais significativas relativas à subcategoria *acesso ao profissional de saúde* somaram 15 indicações, expressas nas seguintes afirmações e respetivas palavras-chave principais (ver Quadro 114).

Quadro 109 — Ideias mais relevantes sobre o *acesso ao profissional de saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Os doentes invadem facilmente os gabinetes; os profissionais são violentados diariamente , com ameaças, agressões físicas e etc”	Acesso fácil ao gabinete PS/ inseguro Ameaças diárias do doente
“A medicina de proximidade é mais positiva, ainda que se corram riscos ; está-se mais longe da tecnologia e tudo, tendo a qualidade como meta”	PS corre riscos com maior proximidade Doente próximo ao PS
“ Aqui a forma de acessibilidade não está certa. A unidade quer, e a maior parte dos doentes funcionam assim , mas não é seguro ”	Acessibilidade muito grande ao PS Sistema não é seguro para ambos lados

Fonte: Entrevistas

Serriamente, o facto de subsistir um *acesso demasiado fácil* aos gabinetes e ao *profissional de saúde* pode conduzir ao **forte sentimento de insegurança** por parte do profissional, conhecendo-se ameaças e agressões diárias, sobretudo na estrutura física que engloba a sede — a Unidade de Saúde Familiar Terra Viva, a Unidade de Cuidados na Comunidade, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e a Unidade de Saúde Pública: “os utentes vêm com uma agressividade, as administrativas têm cada situação...” (Quadro 114)

As ideias mais significativas relativas à subcategoria *risco de queda* (com 9 indicações) e suas respetivas palavras-chave foram em seguida selecionadas (ver Quadro 115).

Quadro 110 — Ideias mais relevantes sobre *risco de queda*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“O chão molhado é uma das falhas que se devia colmatar, pois propicia a queda ”	Chão molhado/risco de queda

“Os velhotes podem cair, e partir uma perna ”	Idoso com maior propensão/risco de queda
“ Pessoas caem na rampa da entrada . Os velhotes podem partir a perna. Temos salas (de ginásio) na rua. Está-se sempre a mudar as salas e a organização dos espaços ”	Queda em vários locais da unidade/ fora do edifício principal (disperso)/idoso

Fonte: Entrevistas

Identificaram-se três afirmações que podem enriquecer a subcategoria *risco de se magoar*, com 3 indicações (ver Quadro 116).

Quadro 111 — Ideias mais relevantes sobre *risco de se magoar*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Às vezes as pessoas, ao se deitarem, batem na parede , pois a marquesa está junto à parede — mas isto não é nada de especial, tendo em conta o pouco espaço que temos”	Pessoas a bater nas paredes devido à subida das marquesas/Pouco Espaço físico

Fonte: Entrevistas

Confirma-se a importância de acautelar o chão molhado, sobretudo por causa da população idosa. São vários os locais que *favorecem a queda*, como rampas não protegidas e espaços físicos fora do edifício principal, desadequados a idosos ou a pessoas baixa funcionalidade. Sobre estes dois pontos, mencionaram-se aspetos relativos *a quedas* e ao *facto de o doente se poder magoar*, pela sua **fraca mobilidade** ou pelo facto de não estar bem, devido a uma qualquer **doença**. Estes dois riscos também foram associados ao facto de o **doente** e a sua **família acharem** que conseguem fazer **tarefas** que, efetivamente, já **não conseguem**, levando a um risco superior de queda ou de ferimento (Quadros 115 e 116).

As ideias significativas da subcategoria *compreensão da reforma do Centro de Saúde em unidades* somaram 6 indicações, expressas nas seguintes afirmações e suas respectivas palavras-chave (ver Quadro 117).

Quadro 112 — Ideias mais relevantes sobre a *compreensão da reforma do Centro de Saúde em unidades*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“As pessoas ainda não percebem muito bem esta divisão em unidades ou como é que as coisas agora funcionam ; esta divisão em unidades que funcionam no mesmo espaço físico, apesar de terem finalidades distintas, confunde o doente ”	Incompreensão da divisão CS/unidades no mesmo espaço Confunde doente
“As pessoas têm dificuldade em perceber que o edifício está dividido em diferentes unidades , e de facto não passa muito essa informação para a comunidade ”	CS não passa para o exterior a informação nova sobre a reorganização/Comunidade
“ Não percebem que isto mudou , que está reorganizado ”	Doente não percebe reorganização

Fonte: Entrevistas

O doente **não compreende a reforma do Centro de Saúde**, nem a razão da **divisão em diferentes unidades funcionais, dificultando o acesso** — uma situação mais vincada sempre que unidades com finalidades distintas funcionam no mesmo espaço físico. É crucial que se informe mais e melhor a comunidade acerca desta reorganização (ver Quadro 117).

Conheceu-se 1 indicação sobre o *sentimento de insegurança*, expressa na seguinte ideia relevante e respetiva palavras-chave (ver Quadro 118).

Quadro 113 — Ideias mais relevantes sobre *sentimento de insegurança*

IDEIA MAIS RELEVANTE	PALAVRAS-CHAVE
“Correm-se riscos pela proximidade ”	Risco pela proximidade com a comunidade

Fonte: Entrevistas

O *sentimento de insegurança* centra-se no doente, mas é extensível ao profissional de saúde, pela proximidade e pela distância das extensões de saúde à sede. A proximidade do profissional de saúde ao doente leva-o a correr mais riscos, que devem ser bem geridos. O sentimento de insegurança do profissional de saúde face ao doente deve-se a um **desajuste da própria estrutura, assim como à pouca qualidade das portas de acesso aos gabinetes**. Sugere-se que se reforce o equilíbrio entre a uniformização de procedimentos, necessária a um serviço que almeja a harmonia, a qualidade e a segurança, e o acesso fácil (não-facilitismo) ao doente, que está, geralmente, em situação de fragilidade (Quadro 118).

Concretizando, para que as principais possíveis causas de **eventos adversos** relacionadas com *doente versus sistema de saúde* não se efetivem, deve-se entender o caminho percorrido pelo possível evento adverso, conhecendo a **origem** e a **exposição**, usualmente atribuível ao **profissional de saúde, no doente e na família**.

Sistematizou-se a **origem** no **doente** pelas seguintes razões: *fraca mobilidade; não estar bem/não se sentir bem dado o processo da doença; estar sujeito ao risco (chão molhado; espaços desadequados no exterior/interior)*. Tudo situações que expõem o doente a um *risco de queda/se magoar* muito aumentado. Possíveis **barreiras** podem ser: dar uma maior atenção à inscrição de pessoas com mais de 65 anos ou com doenças/grupos de doença prioritários no serviço de saúde, tão bem como à inscrição de crianças até aos 6 anos; acautelar sempre avisos de chão molhado; reajustar salas de espera e rampas de acesso; sensibilizar sobre patologias incapacitantes/diagnósticos certos. Este conhecimento pode favorecer o doente.

O **doente** tem uma fraca compreensão da reforma do Centro de Saúde em unidades funcionais, dificultando o acesso (geral) à Unidade Saúde, sendo então necessário: *informar melhor a comunidade sobre a reorganização dos serviços das unidades funcionais, e sensibilizar o doente e a sua família sobre a reorganização dos serviços das unidades funcionais que trabalham (ou não) no mesmo espaço (comunidade em geral)*. Dado facto de o doente ser um *stakeholder* da saúde, é fulcral que as unidades funcionais respondam concertadamente ao doente que é cliente. Também se validou que o doente é *consumista (idade/envelhecimento; menor poder de compra; ir ao centro de saúde para conviver)*. A barreira deve passar por nivelar a *eficiência e a eficácia de unidades*.

As *agressões físicas e verbais* do **doente** ao profissional de saúde são diárias, fazendo com que **barreiras** para esta **exposição** passem por *definir a forma/periodicidade de acesso do doente ao profissional de saúde e sensibilizar o doente na sala espera e na consulta para a importância da não-violência verbal ou física*.

Estas **barreiras** são também válidas para o caso da **origem** no profissional de saúde, e para o forte *sentimento de insegurança* que sente, pelo facto de o *doente aceder facilmente ao seu gabinete*. O *atendimento de todos os doentes que recorrem ao serviço (capacidade limitada/ rutura)* torna crucial que se definam *serviços mínimos nas unidades funcionais*. Outras **origens** no **profissional de saúde** devem-se à *grande proximidade física do profissional de saúde ao doente no contexto da sede do Centro Saúde, isolado relativamente às extensões saúde*. Deve-se então *formar e preparar o profissional de saúde/todos os profissionais para os riscos inerentes à proximidade/ insegurança e uniformizar os procedimentos de segurança/acesso ao PS (maior isolamento nas extensões)*.

Concretizando, se as **exposições conhecidas** se alinharem, podem transpor **barreiras**, causando eventos adversos que consistem em situações do *doente versus sistema de saúde*, sobretudo em situações de *acesso ao serviço de saúde e ao profissional de saúde, de risco de queda e ferimento, de compreensão da reforma do Centro de Saúde em Unidades funcionais, e do sentimento de insegurança*.

As **causas** "*acessos ao serviço de saúde e ao profissional de saúde*" e "*sentimento de insegurança*" têm como **possíveis soluções**: *ter/redefinir serviços mínimos para todas as unidades funcionais; fazer uma maior publicitação dos serviços; minimizar o acesso do doente ao profissional de saúde (organizativa e estrutural, com barreiras humanas/ físicas); facilitar o acesso com periodicidade das consultas a pessoas com 65 anos ou mais e a crianças até aos 6 anos, inclusive sem médico de família; esclarecer/informar a comunidade sobre a reorganização dos serviços iniciada/em curso*.

Concretamente: *minimizar o acesso do doente ao profissional de saúde (organizativa e estrutural, com barreiras humanas/ físicas) e facilitar o acesso com periodicidade a consultas a pessoas com 65 anos ou mais e a crianças até aos 6 anos, inclusive sem médico de família, minimiza o risco de queda, ou do doente se magoar em algum momento na unidade de saúde*.

Uma **causa** de EA é a *compreensão da reforma do Centro de Saúde e suas Unidades (a não compreensão)*. As **soluções** passam por: *fazer uma publicitação maior dos serviços; facilitar o acesso com periodicidade a consultas a pessoas com 65 anos ou mais e a crianças até aos 6 anos, inclusive sem médico família; esclarecer/informar comunidade sobre a*

reorganização de serviços iniciada/em curso, recorrendo a panfletos, flyers, sistema interno de televisões, e à comunicação social.

O Centro de Saúde do Cartaxo, ao implementar as soluções indicadas, alinhar-se-á com os eixos estratégicos do PNSD, neste caso: (1) *aumentar a cultura de segurança do ambiente interno*, (2) *aumentar a segurança da comunicação*, (3) *prevenir a ocorrência de quedas*, (4) *assegurar prática sistemática de notificação, análise e prevenção incidentes* e (5) *prevenir e controlar infeções e resistências aos antimicrobianos*.

As soluções indicadas para causas de *doente versus sistema de saúde* foram sistematizadas com recurso a legenda (ver Quadro 119).

Quadro 114 — Soluções possíveis para eventos adversos de Doente versus Sistema de Saúde

Soluções possíveis para eventos adversos de Doente versus Sistema de Saúde	Legenda
Esclarecer/informar a comunidade sobre a reorganização dos serviços iniciada/em curso	⊙
Facilitar acesso com periodicidade a consultas a pessoas com 65 anos ou mais e a crianças até aos 6 anos, inclusive sem médico família	❖
Fazer uma maior publicitação dos serviços de saúde	*
Minimizar o acesso do doente ao profissional de saúde (organizativa e estrutural, barreiras humanas/ físicas)	▲
Ter/redefinir serviços mínimos para todas as unidades funcionais	▽

Fonte: Adaptado de Ribas (2010)

A sistematização com legenda permitiu sistematizar a taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo para as causas do *doente versus sistema de saúde*, anteriormente descritas (ver Tabela 26).

Tabela 25 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas do Doente versus Sistema de Saúde

Doente Versus Sistema de Saúde		Soluções possíveis eventos adversos					Total
Causas possíveis de eventos adversos	Σ	*	▲	❖	▽	⊙	
Acesso ao Serviço de Saúde	30	×	×	×	×	×	5
Acesso ao Profissional de Saúde	15	×	×	×	×	×	5
Risco de queda	9		×	×			2
Compreensão da Reforma do Centro de Saúde/Unidades Funcionais	6	×		×		×	3
Risco de se magoar	3		×	×			2
Sentimento de Insegurança	1	×	×	×	×	×	5
	64						

Fonte: Entrevistas e Adaptado de Ribas (2010)

A figura 10 sintetiza os dados observados, sobre o grupo *doente versus sistema de saúde*, dando uma “fotografia” exata do que foi encontrado no Centro de Saúde do Cartaxo¹⁰.

(3.) Capacitação

A capacitação exhibe 14,1% de dados (51 indicações, 6 subcategorias) (ver Tabela 27).

¹⁰ (ver Apêndice D)

Tabela 26 — Grupos de causas de *Capacitação* da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo

		Ocorrências
CAPACITAÇÃO	1. Desvalorização do risco de evento adverso pelo profissional e pelo doente	17
	2. Redes de comunicação profissionais/doentes	14
	3. Desconhecimento quanto a medidas de prevenção	12
	4. Redes de comunicação entre profissionais	7
	5. Higienização de Fardas, Batas, Outros	2
	6. Cultura de equipa/serviço público	1
		Σ53

Fonte: Entrevistas

Do que se conheceu, revelaram-se 17 indicações sobre a *desvalorização do risco de evento adverso por profissionais e pelos doentes* (ver Quadro 120).

Quadro 115 — Ideias mais relevantes em relação à desvalorização do risco do evento adverso pelo profissional e pelo doente

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Queda após limpeza do chão; não se valoriza o que pode acontecer; fica lixo à porta da sala de tratamentos, e passam”	Falta de cumprimento de procedimentos de segurança definidos face à higienização
“Os utentes 15 dias no domicílio sem intervenção; não preconizado, não é um aspeto valorizado. As pessoas já colaboram neste sentido, procuram-nos”	Falta de cumprimento de procedimento definido relativo ao circuito no domicílio (alta) Procura de serviço/facilita transferência
“Ao não valorizarem, as administrativas põem em causa uma equipa de saúde; não organizam o serviço nem percebem diferentes tipos de doentes; interrompem consultas, atendimentos”	Falta de cumprimento de procedimentos AT, por desvalorização/conhecimento da urgência do doente e interrupção de consultas

Fonte: Entrevistas

Os profissionais de saúde indicaram que as **assistentes operacionais** não **cumprem** os **procedimentos** de higienização, podendo precipitar situações inseguras pela desvalorização do risco de eventos. As **assistentes técnicas** não ajudam na **triagem** de situações de **urgência/não-urgência**, e interrompem **consultas** e atendimentos — comportamento recorrente, pelo facto de não considerarem que algo possa correr menos bem. Face à **transição do doente** entre **níveis de cuidado** (primários e secundários), **parece existir falta e incumprimento** de procedimentos. Ou seja, **não** existe **uniformização** no modo como se fazem as **altas hospitalares** (umas vezes com aviso prévio à comunidade, outras não). Por isso mesmo, a **alta hospitalar (não-informada)** faz com que não se dê o **suporte** que o doente **precisaria** — preocupação da Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo. Ou seja, parece ser comum a desvalorização do **risco do evento adverso** (pelo profissional de saúde e pelo doente), apesar de o doente estar “mais preocupado com o que corre bem ou mal”, colaborando, portanto, mais na **interação com serviços na comunidade**, nas transferências e na passagem de **informação** entre contextos (Quadro 117).

Somaram-se 14 indicações face às *redes de comunicação entre profissionais e doentes*, conhecendo afirmações relevantes e suas respetivas palavras-chave (ver Quadro 121).

Quadro 116 — Ideias mais relevantes sobre *redes de comunicação entre profissionais e doentes*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Doente não consegue dar informação fidedigna , mesmo quando questionado; quando nós tentamos depois confirmar, a informação dada é contraditória ; é difícil saber realmente o que é tomado, mesmo analisando o processo — especialmente no caso do idoso ”	Doente não dá informação objectiva Confirmar informação contraditória Doente idoso / mais difícil comunicação
“Estão a marcar consultas via <i>internet</i> , e não sabem as funcionalidades todas, mas estão muito informados ; estão comunicativos com o sistema ”	Doente usa <i>internet</i> para comunicar com o sistema/marcar consulta Doente informado/comunicativo
“Faltam médicos nalguns ficheiros , e as pessoas não entendem isso ”	Ficheiros sem médico (doente não entende)

Fonte: Entrevistas

É muito **difícil** a **interação** com o doente, quando o **sistema** não lhe **atribui** um **médico** de **família** estável (no Centro de Saúde do Cartaxo alguns **ficheiros estão sem médico** atribuído). O doente tem alguma **dificuldade** (**especialmente** o doente **idoso**) em dar a **informação pedida**, a qual, **ao** ser confirmada, é **contraditória**. Soube-se que o **doente** está mais **comunicativo** e interativo com o **sistema** de **saúde**, e que a **internet** começa a ser usada como via preferencial para a **marcação** de **consultas**, realçando-se a importância da capacitação (Quadro 121).

Outra subcategoria é relativa ao *desconhecimento de medidas de prevenção* com 12 indicações, cujo conteúdo se encontra espelhado nas seguintes afirmações e respetivas palavras-chave (ver Quadro 122).

Quadro 117 — Ideias mais relevantes sobre o *desconhecimento de medidas de prevenção*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Assistentes técnicas e operacionais não colaboram ativamente “	AO/AT não-colaborantes SD
“ <i>Front office</i> compromete <i>back office</i> e os profissionais de saúde , que estão na retaguarda ”	<i>Front office</i> compromete PS na retaguarda
“ Fazem-se 4 vacinas a um bebé , o telefone toca , o administrativo bate à porta , está aqui um utente , outro na sala à espera ”	Não existem medidas de prevenção SD Agir em conformidade com o que vai acontecendo

Fonte: Entrevistas

Para que o evento adverso não aconteça, é fundamental a prevenção, mas **não existem** e não se **conhecem medidas** de **prevenção** em **segurança** do **doente**. Neste aspeto, quer as assistentes operacionais quer as técnicas **não são** tão **colaborantes** quanto seria **desejável**, comprometendo o preconizado para os Cuidados Primários. Existe **desconhecimento** sobre medidas de **prevenção** do **sistema** de **saúde**, **doente** incluído, confirmando a **centralidade** da **prevenção**. Ainda assim, encontrou-se na USF **D. Sancho I**, por parte de alguns elementos de

enfermagem, uma **preocupação** com a **partilha** de *near miss*, de **eventos adversos** e **sentinela**, facultando **informação clara** e **escrita** de **propostas de melhoria** e correções — uma preocupação **não** extensível às restantes unidades funcionais (Quadro 122).

Identificaram-se as afirmações mais relevantes e respetivas palavras-chave que enriquecem a subcategoria *rede de comunicação entre profissionais*, com 7 indicações (ver Quadro 123).

Quadro 118 — Ideias mais relevantes sobre *redes de comunicação entre profissionais*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Na USF D. Sancho I é fácil através do correio electrónico; preciso lembrar; depende do profissional ; não se perdem envelopes. Na USF Terra Viva facilita estar na mesma freguesia , no mesmo espaço ”	Comunicação dependente da motivação PS/ Poucos usam diariamente correio electrónico Correio electrónico/contacto direto
“Outra coisa muito importante é diferentes grupos profissionais perceberem qual o seu papel na segurança do doente ”	Conhecimento de grupos quanto ao seu papel SD
“O facto de tu estares a atender um utente, a médica a pedir alguma coisa, telefone a tocar , a receber mensagens pelo Google Talk , é a desconcentração completa , e é humano errar ”	Comunicação por várias vias (facilitadoras ou não)

Fonte: Entrevistas

Realmente, uma boa rede de tecnologias de informação e comunicação, entre diferentes instituições prestadoras de cuidados (nacionais, europeias ou internacionais) e entre serviços e profissionais da mesma instituição, na interação sistema/doente, ajuda a capacitação. Compreendeu-se que a comunicação está muito **dependente** da **vontade individual**, com **poucos profissionais** a verem **diariamente** o **correio electrónico**. As vias de comunicação preferenciais são o **correio electrónico**, o **contacto pessoal**, telefónico, **Google Talk** — **facilitadores** ou **não**, quando combinados em demasia (Quadro 123).

Conheceram-se 2 indicações face à *higienização fardas e batas*, identificadas as afirmações mais relevantes e suas respetivas palavras-chave (ver Quadro 124).

Quadro 119 — Ideias mais relevantes sobre a *higienização de fardas e batas*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“O uso da bata ao almoço dá jeito para pôr o telemóvel , chaves ”	Uso da bata/farda nos períodos de descanso
“As batas às vezes andam amarelas , de sujas ”	Batas sem higiene

Fonte: Entrevistas

As indicações surgiram associadas à ideia de que o **profissional** de **saúde** tem **pouco cuidado** na **manutenção** e **higiene** da **bata/farda**, usando-a nos períodos de **descanso**, ao almoço, estando depois sujas. Isto não é desejável (Quadro 124).

A *cultura de equipa*, de *verdadeiro serviço público*, foi indicada 1 vez (ver Quadro 125).

Quadro 120 — Ideia mais relevante sobre *cultura de equipa, serviço público*

IDEIA MAIS RELEVANTE	PALAVRAS-CHAVE
“ Cultura de equipa , uma verdadeira cultura de serviço público ? Não existe ”	Não existe cultura de serviço público (equipa)

Fonte: Entrevistas

Na opinião de um profissional, não existe atualmente entre os profissionais de saúde a **cultura de equipa** e de **serviço público de outros tempos** (ver Quadro 126).

Concretizando, para que as principais possíveis causas de **eventos adversos** relacionadas com *capacitação* não se efetivem, deve-se entender o caminho percorrido pelo possível evento adverso, conhecendo a **sua origem** e a **exposição**, usualmente diversa.

De todas as **origens**, sobressai a *inexistência* ou o *desconhecimento* de *medidas de prevenção* em *Segurança do Doente*. Para os profissionais de saúde, assistentes operacionais e técnicas, tão bem como para o doente, devem constituir-se **barreiras**, como: *uniformizar a partilha por parte de todos os profissionais de near miss, eventos adversos e sentinela e de informação clara e escrita sobre melhorias e correções*.

A **origem** nas **assistentes operacionais** prende-se com o *incumprimento dos procedimentos definidos de higienização*, devendo estas profissionais ser sensibilizadas para a *importância da higiene correta versus bom funcionamento de serviços*. A **origem** nas **assistentes técnicas** deve-se muito a uma desvalorização de *problemas de interrupção de consultas e de atendimentos, e à incompreensão de aspetos fulcrais face à transição entre níveis cuidados de saúde, ou seja: uma colaboração incapacitada nas necessidades de atendimento ao doente*. Por isso, e para barrar a **origem**, deve-se *sensibilizar as Assistentes Técnicas para a importância da colaboração no atendimento: transição entre cuidados; interrupção de consultas (definir períodos de interação) e atendimento no geral*.

A **origem** no **doente** deve-se sobretudo ao facto de este não estar capacitado, pois a sua *idade dificulta a interação com o sistema. Contribuem igualmente a inexistência de médico/ficheiro de família estável e a incompreensão da importância de uma boa transição entre níveis de cuidado*, ainda que o nível de colaboração tenha recentemente aumentado. Não existe capacitação no sentido da *não-interrupção de consultas e atendimentos* a decorrerem. As **barreiras** devem ser: *capacitar doente/família com meios para aceder ao sistema (internet ou outros meios) e capacitar sempre os doentes com mais idade quanto à melhor forma de acesso aos serviços*.

Na perspetiva do **profissional de saúde**, existe *pouco cuidado na manutenção da higiene (bata, farda, outros), usada ao almoço/períodos descanso; a rede comunicação entre profissionais de saúde está dependente da vontade individual; existe instabilidade nas redes de comunicação dos profissionais de saúde; o acesso ao correio eletrónico não é diário; subsiste uma baixa cultura de serviço público; não se valorizam problemas associados ao cuidado na transição de doente entre níveis de cuidados (incumprimento de procedimentos)*. As **barreiras** podem passar por: *alertar profissionais (forma sistemática) para não usarem batas/fardas nos*

períodos de descanso e almoço (destaque para horas de refeições maiores); capacitar para a importância de consultar diariamente o correio eletrónico; estabilizar vias de comunicação (nem demais, nem de menos); reforçar uma cultura de serviço público, centrado no doente; capacitar para a importância dos procedimentos de transições entre níveis de cuidado/solicitar ajuda ao doente na consulta.

Em suma, as redes de comunicação (definição e organização) entre profissionais e doentes e entre profissionais assumem um papel fundamental na capacitação, cuja redefinição melhora problemas maiores. Concretizando, se as **exposições conhecidas** se alinharem, podem transpor **barreiras**, causando eventos adversos de *capacitação*, sobretudo por: *desvalorização do risco de eventos adversos por parte do profissional e pelos doentes; redes de comunicação entre profissionais, doentes e entre profissionais; desconhecimento de medidas de prevenção.*

As **soluções** que servem todas as causas referidas passam por: *capacitar os doentes e o público em geral como parceiros no processo de cuidados de saúde, incluindo a contribuição dos doentes nas medidas para a sua própria segurança; definir as redes de comunicação preferenciais entre o doente e o profissional de saúde (modalidade e periodicidade) e entre profissionais, e publicitar informação sobre a importância da segurança do doente no Centro Saúde e fora da estrutura.* Outras **causas**, devidas à *higienização de fardas, batas, e outros e devido à cultura de equipa e de serviço público*, levam às seguintes **soluções**: *capacitar os doentes e o público em geral como parceiros no processo de cuidados de saúde, incluindo a contribuição dos doentes nas medidas para a sua própria segurança, e publicitar informação sobre a importância da segurança do doente dentro e fora da estrutura do Centro de Saúde.*

Para além de **barreiras** na **origem**, o **Centro de Saúde do Cartaxo deve**, na implementação de **possíveis soluções** transversais, alinhar-se constantemente com os **eixos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente**, concretamente: (1) *umentar a segurança da comunicação*, (2) *umentar a cultura de segurança do ambiente interno* e (3) *assegurar prática sistemática de notificação, análise e prevenção incidentes*

As soluções de *capacitação* foram sistematizadas com legenda (ver Quadro 126).

Quadro 121 — Soluções possíveis para eventos adversos de Capacitação

Soluções possíveis para eventos adversos <i>Capacitação</i>	Legenda
Capacitar os doentes e o público em geral como parceiros no processo de cuidados de saúde, incluindo a <i>contribuição dos doentes nas medidas para sua própria segurança</i>	⊙
Definir as redes de comunicação preferenciais entre o doente e o profissional de saúde (modalidade e periodicidade) e entre profissionais	▽
Publicitar informação sobre a importância da segurança do doente no Centro Saúde e fora da estrutura	✱

Fonte: Adaptado de Ribas (2010)

Com base na legenda, sistematizou-se a taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo para as causas do *doente versus sistema de saúde* (ver Tabela 28).

Tabela 27 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Capacitação

Capacitação		Soluções possíveis eventos adversos			
Causas possíveis de eventos adversos	Σ	*	▽	⊙	Total
Desvalorização do risco do evento adverso pelo profissional e pelo doente	17	×	×	×	3
Redes de comunicação profissionais/doentes	14	×	×	×	3
Desconhecimento das medidas de prevenção	12	×	×	×	3
Redes de comunicação entre profissionais	7	×	×	×	3
Higienização das Fardas, Batas, e Outros	2	×		×	2
Cultura de equipa/serviço público	1	×		×	2

Fonte: Entrevistas e Adaptado de Ribas (2010)

A figura 11 sintetiza os dados observados sobre o grupo *capacitação*, dando uma “fotografia” exata do que foi encontrado no Centro de Saúde do Cartaxo¹¹.

(4.) Condições físicas e de aquecimento da Unidade de Saúde

A categoria *condições físicas e de aquecimento da unidade de saúde* somou 46 indicações, divididas por 11 subcategorias, correspondendo a 12% de dados (ver Tabela 29).

Tabela 28 — Grupos de causas de *Condições Físicas e de Aquecimento da Unidade de Saúde* da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo

	Ocorrências
1. Estrutura do Edifício	20
2. Barulho/Ruído de Fundo	6
3. Espaço Físico dos Gabinetes Médicos/ de Atendimento	5
4. Corredores de acesso às Unidades	4
5. Rampas de Acesso	4
6. Saídas de Emergência	2
7. Piso de Edifícios	2
8. Aquecimento/Arejamento da Unidade de Saúde	2
9. Passeios Exteriores de Acesso	2
10. Portas de Acesso a Gabinetes	2
11. Organização da Sala de Espera	1
	Σ50

Fonte: Entrevistas

Face à subcategoria *estrutura do edifício*, identificaram-se as afirmações mais relevantes e as respetivas palavras-chave (ver Quadro 127).

Quadro 122 — Ideias mais relevantes sobre a *estrutura do edifício*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“O espaço físico/estrutura , como está construído, resulta numapéssima interrupção”	Estrutura física ajuda interrupção
“A extensão Vale da Pedra não é um edifício concebido de raiz , é velho, mas o espírito da USF é positivo quanto às acreditações e à necessidade de conceber a extensão como uma coisa boa , com mais atenção às extensões ”	Extensões/sede não construídos de raiz Extensão revigorada pela reforma CSP

¹¹ (ver Apêndice D)

“A estrutura , o facto de estarmos aqui isolados , em becos... Um dia estava aqui sozinha, não estavam enfermeiros, não estava a médica ao lado... A própria estrutura física não é facilitadora ”	Estrutura isola PS /não ajuda a segurança de todos
---	--

Fonte: Entrevistas

Com 20 indicações, a **estrutura do edifício** é, em si mesma, uma possível causa de eventos adversos. Maioritariamente, os edifícios **não** foram **construídos de raiz** para os **fins** a que se destinam, à exceção da USF D. Sancho I. Tanto a **sede** como as **extensões de saúde não** foram **construídas de raiz**, mas **melhoradas**. O Centro de Saúde do Cartaxo tem uma estrutura que **favorece a interrupção dos profissionais de saúde**, que os **isola** e que **não favorece a segurança**. As **extensões de saúde saíram revigoradas** na reorganização de serviços, mas a sede não melhorou com as alterações. Também o **doente** (sobretudo **idoso**) poderá **não estar protegido** na sua **funcionalidade**, o que, juntamente com a incompreensão da reforma do Centro de Saúde em unidades funcionais, pode despoletar dificuldades acrescidas (Quadro 127).

O *barulho de fundo* obteve indicação da USF D. Sancho I (ver Quadro 128).

Quadro 123 — Ideias mais relevantes sobre *barulho de fundo na unidade de saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A questão do barulho . Corre-se o risco de não ouvir o doente pelos outros a falar. As paredes são finas, ouve-se de gabinete para gabinete ”	PS não ouve doente/barulho de fundo Barulho de fundo/paredes finas
“Realmente o barulho de fundo às vezes incomoda ”	Barulho de fundo incomoda

Fonte: Entrevistas

Com 6 indicações dos profissionais de saúde, soube-se que existe **muito barulho de fundo** na USF D. Sancho I, advindo da **sala de espera**. Referem também que as **paredes do edifício** (recente) são “**finas** e não vedam convenientemente o barulho” (Quadro 128).

Outros aspectos foram menos indicados, e são incluídos nas ideias mais relevantes e respectivas palavras-chave relativamente ao *interior do edifício* (ver Quadro 129).

Quadro 124 — Ideias mais relevantes sobre *aspectos relativos ao interior do edifício*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Os gabinetes médicos e de atendimento são minúsculos , bem como as portas de acesso ao gabinete: batem, não fecham bem , são antigas . É difícil manter o aquecimento ou um bom arejamento nestas circunstâncias”	Gabinetes pequenos/Portas antigas Aquecimento/arejamento desadequado
“A sala de espera existe , até existe, mas já viste bem a disposição das cadeiras? As pessoas não se sentam, o piso é mau ”	Sala de espera/disposição/piso desadequados
“As saídas de emergência estão com os estores fechados e algumas vezes o acesso é feito por um degrau com meio metro ”	Saídas de emergência com estores fechados Acesso a degrau/obstrução

Fonte: Entrevistas

Olhando para o que foi dito, o que parece ser mais relevante é o **espaço físico dos gabinetes médicos** e de **atendimento** (5 indicações das USF’S, UCC e URAP). Outras situações foram indicadas 2 vezes, como o **piso dos edifícios**, o **aquecimento** e **arejamento** da

unidade de saúde, as **portas de acesso a gabinetes** e as **saídas de emergência**. Relativamente à **organização da sala de espera**, 1 indicação fala sobre o facto de, estruturalmente, estar desajustada para que o **doente aguarde calmamente** pela **consulta**: “não sei, a própria estrutura em si é má, não favorece o trabalho nem as interrupções” (Quadro 129).

Outros aspetos menos indicados foram incluídos nas ideias mais relevantes, e respetivas palavras-chave, relativamente ao *exterior do edifício* (ver Quadro 130).

Quadro 125 — Ideias mais relevantes sobre *aspectos relativos ao exterior do edifício*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“O acesso ao Centro de Saúde é terrível. Os corredores de acesso são péssimos , tal como as rampas . Os passeios lá fora são curtos ”	Acesso CS/Rampas desadequadas Passeios exteriores curtos
“Algumas rampas foram alteradas , mas não têm proteção ”	Rampas alteradas/sem proteção
“Os passeios são mínimos e favorecem claramente a queda ”	Passeios pequenos/favorece queda

Fonte: Entrevistas

Relativamente ao exterior citaram os **corredores de acesso** (4 indicações), as **rampas de acesso** às **unidades** (4 indicações), os **passeios exteriores** (2 indicações), e unidades que trabalham no mesmo edifício (UCC, USP, URAP e USF Terra Viva) (Quadro 130).

Concretizando, para que as principais possíveis causas de **eventos adversos** relacionadas com *Condições Físicas e de Aquecimento da Unidade de Saúde* não se efetivem, deve-se entender o caminho percorrido pelo possível evento adverso, conhecendo a **sua origem** e a **exposição**.

Com **origem na unidade de saúde**, compreende-se que o *desajuste da estrutura do edifício* é uma **exposição conhecida**. Tanto o *exterior como o interior físico de acesso à Unidade Saúde está ou é desajustado*. Pelas exposições indicadas, seria crucial criar-se uma **barreira**, que poderia passar por: *realizar pequenos ajustes na estrutura que favoreçam o funcionamento de todas as unidades funcionais, à semelhança das melhorias feitas nas extensões de saúde*. Conheceu-se a **origem** no *aquecimento e arejamento (por normalizar procedimentos e tipo)*, devendo-se por isso *normalizar o tipo de aquecimento e arejamento através de procedimentos e equipamentos iguais em todas as zonas das unidades*. O *espaço físico dos gabinetes das unidades*, por ser *exíguo*, corresponde a outra **origem**, a barrar com a *reorganização do espaço físico dos gabinetes de atendimento, retirando tudo o que não é necessário*.

Com **origem no doente**, na **unidade de saúde**, soube-se que este é maioritariamente *idoso* e com *limitação funcional*, e *faz barulho na sala de espera*. Com alguma (ou muita) frequência, *interrompe o profissional de saúde*. Por isso, é crucial que se *sensibilize o doente para o barulho*

de fundo nas unidades de saúde, e se criem pequenas barreiras físicas que limitem o acesso/ a interrupção ao profissional de saúde, sobretudo quanto estão em curso procedimentos.

Sintetizando as causas de **eventos adversos** ligados às *condições físicas e de aquecimento das Unidades de Saúde: estrutura do edifício; barulho/ruído de fundo; organização da sala de espera; corredores de acesso à unidade; pisos das unidades; espaço físico dos gabinetes; rampas de acesso; saídas de emergência; aquecimento e arejamento de unidades; portas de acesso a gabinetes; passeios exteriores de acesso.*

Não sendo possível mudar de raiz a estrutura física, as **soluções** para as causas mais comuns poderão passar pela realização de alterações ao funcionamento geral. Para isso, deve-se: melhorar *a relação da sala de espera versus gabinetes de atendimento* e as *condições das portas de acesso aos gabinetes*, que são “facilmente abertas, acessíveis a qualquer um”. A primeira serve as seguintes causas: *estrutura do edifício; barulho e ruído de fundo; organização da sala de espera; corredores de acesso à unidade; espaço físico de gabinetes*. A segunda serve as seguintes causas: *estrutura do edifício; espaço físico e portas de acesso a gabinetes; piso dos edifícios*.

Logo que possível, devem *melhorar-se as condições de aquecimento e arejamento*, para que sejam *equitativas* na mesma unidade funcional, e deve-se *rever os acessos ao exterior (rampas, saídas emergência, passeios)*, ambas para solucionarem aspetos da *estrutura do edifício*. A primeira também serve as seguintes causas: *corredores de acesso à unidade; espaço físico de gabinetes; aquecimento e arejamento da unidade; rampas de acesso*. A segunda serve igualmente as seguintes causas: *corredores de acesso à unidade; rampas de acesso; saídas de emergência*.

O fato de as paredes não isolarem o barulho das salas de espera dificulta a comunicação, não garante a confidencialidade, e pode levar a uma comunicação ineficaz face à medicação e ao diagnóstico. Por isso deve-se *conjugiar pelo menos dois ou mais dados do doente, revalidando-os ao longo de todo o processo, pela facilidade com que se faz uma inscrição errada* (por troca de nomes, ou por um caso de pessoas diferentes com o mesmo nome), antecipando falhas na identificação. As soluções passam pela *organização da sala de espera, do espaço físico de gabinetes (exíguo) e das portas de acesso a gabinetes*, que não vedam o barulho.

Para além de **barreiras** na **origem**, o **Centro de Saúde do Cartaxo** deve na implementação de **possíveis soluções** transversais, alinhar-se constantemente com os **eixos estratégicos** do **PNSD**, concretamente: (1) *aumentar a cultura de segurança do ambiente*

interno, (2) aumentar a segurança da comunicação, (3) assegurar a identificação inequívoca dos doentes e (4) prevenir a ocorrência de queda

As soluções de condições físicas e de aquecimento das Unidades de Saúde foram sistematizadas com legenda (ver Quadro 131).

Quadro 126 — Soluções possíveis para eventos adversos de condições físicas e de aquecimento na Unidade de

Soluções possíveis para eventos adversos Condições físicas/aquecimento das Unidades de Saúde	Legenda
Rever acessos ao exterior, com destaque para as rampas, saídas de emergência, corredores de acesso, passeios exteriores)	⊙
Conjugar sempre dois/mais dados do doente (dado o barulho)	❖
Dar condições de aquecimento e arejamento equitativo à unidade (diversas unidades)	*
Melhorar condições das portas de acesso aos gabinetes — alterar o tipo de fechadura ou porta	▲
Melhorar relação sala de espera versus gabinetes atendimento	▽

Fonte: Adaptado de Ribas (2010)

Saúde

A legenda permitiu sistematizar a taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo de causas do doente versus sistema de saúde, anteriormente descritas (ver Tabela 30).

Tabela 29 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Condições Físicas/Aquecimento Unidades Saúde

Condições físicas/aquecimento de Unidades de Saúde		Soluções possíveis para eventos adversos					
Causas possíveis de eventos adversos	Σ	❖	*	▲	▽	⊙	Total
Aquecimento/Arejamento da Unidade de Saúde	2		×				1
Barulho/Ruído de Fundo	6	×			×		2
Corredores de acesso às Unidades	4		×		×	×	3
Espaço Físico dos Gabinetes Médicos/Atendimento	5	×	×	×	×		4
Estrutura do Edifício	20		×	×	×	×	4
Organização da Sala de Espera	1	×			×		2
Passeios Exteriores de Acesso	2					×	1
Piso dos Edifícios	2				×		1
Portas de Acesso a Gabinetes	2	×	×	×	×		4
Rampas de Acesso	4					×	1
Saídas de Emergência	2					×	1
	50						

Entrevistas e Adaptado de Ribas (2010)

A figura 12 sintetiza os dados observados sobre o grupo condições físicas e de aquecimento das Unidades de Saúde, dando uma “fotografia” exata do que foi encontrado no Centro de Saúde do Cartaxo¹².

(5.) Comunicação

A categoria comunicação obteve 8,5% de dados. Somou 38 indicações, distribuídas por 6 subcategorias (ver Tabela 31).

¹² (ver Apêndice D)

Tabela 30 — Grupos de causas da *Comunicação da* Taxonomia de EA do Centro de Saúde do Cartaxo

		Ocorrências
COMUNICAÇÃO	1. Atraso/falha na comunicação com o doente	11
	2. Registos clínicos acessíveis a todos os profissionais de saúde	7
	3. Troca de identificação do doente	5
	4. Passagem de turno	5
	5. Comunicação entre o enfermeiro e a família (USF)/entre enfermeiro e outras unidades	3
	6. Comunicação ineficaz entre médico/doente	1
		$\Sigma 32$

Fonte: Entrevistas

Com 11 indicações, sistematizam-se as ideias mais relevantes e suas respetivas palavras-chave sobre *atraso ou falha na comunicação com o doente* (ver Quadro 132).

Quadro 127 — Ideias mais relevantes sobre o *atraso ou falha na comunicação com doente*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Respeitar as pessoas e não fazer assim ou assado; têm suas opções ”	Respeito pelas opções do doente
“O doente não percebe o que tem , pois nem ninguém lhe explicou ”	Explicar ao doente processo da doença
“Fala-se sem pensar muito, falamos com stress para os utentes ”	Atenção ao falar com o doente/ <i>Stress</i> do PS

Fonte: Entrevistas

Percebeu-se o quão importante é **respeitar as opções do doente**, pedir-lhe colaboração e **explicar-lhe** aspetos ligados à **doença** e ao **processo de saúde**. O **stress** pode proporcionar **falhas** ou **atrasos** na **comunicação** (Quadro 132). Identificaram-se, nos *registos clínicos acessíveis a todos os profissionais de saúde*, as seguintes afirmações e respetivas palavras-chave, que enriquecem as 7 indicações (ver Quadro 133).

Quadro 128 — Ideias mais relevantes sobre *registos clínicos acessíveis a todos os profissionais de saúde*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“ Não temos acesso à PDS, o que é uma grande falha aqui”	Acesso não universal à PDS
“Estas tecnologias de informação puseram o SAPE e a PDS. Ninguém explicou que ficava o nome registado ”	Acesso à PDS/SAPE SI atenção ao sigilo
“ Não temos acesso a avaliações ou registos ; uma série de contra-indicações ; médicos não estudam e nas terapias estudamos as indicações; seria importante o feedback e a articulação ”	Profissionais sem acesso à avaliação/registo Indicações/contra-indicações <i>Feedback/Articulação</i>

Fonte: Entrevistas

Existe preocupação pelo **acesso não universal** às novas tecnologias, especialmente programas com dados do doente — a Plataforma de Dados de Saúde (PDS). Quem tem acesso preocupa-se por não compreender todas as funcionalidades dos programas, sobretudo sobre o **sigilo de dados**. Ainda assim, é unânime a **mais-valia dos sistemas de informação** na **saúde**, facilitadores no **acesso a avaliações, registos, indicações e contra-indicações, procedimentos** no mesmo nível e entre níveis, ouvindo-se “eu não sei bem o que fica ou não fica registado; não

se pode entrar e a sair da plataforma; só quando estritamente necessário”. Em suma encontrou-se **fragmentação** nos **registos clínicos**, por não estarem acessíveis para todos no mesmo formato, favorecendo eventos adversos, pois os **técnicos** ainda **registam** em **papel** e os **restantes** em **suporte informático**, com **preocupações** tão distantes como a inexistência de sistemas de informação **validados** (“dou por mim a fazer exames em que tenho muito pouca informação clínica do doente”) e a **obrigatoriedade** do **registo informático**, que pode não ser **concluído** ou pela lentidão ou pelo **não funcionamento** dos sistemas (Quadro 133).

Continuando, somaram-se 5 indicações na subcategoria *troca identificação do doente*, cujo conteúdo se encontra espelhado nas seguintes afirmações e respetivas palavras-chave (ver Quadro 134).

Quadro 129 — Ideias mais relevantes sobre a *troca de identificação do doente*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Tive uma utente com o nome trocado , uma senhora com dificuldades de audição , a confirmar um ou dois dados da pessoa ”	Troca de nome/Dificuldade (audição) Confirmar dois/mais dados do doente
“ Doente certo ; é muito fácil o erro; pessoas mesmo nome ; inscrição errada ; tudo errado ; chama-se doente errado ; processo errado”	Doentes com nome igual/evento Inscrição errada-/ processo errado
“A situação de perguntar o nome do utente e verificar a prescrição ; o nome do utente e também a data de nascimento ; conjugando dois dados é mais difícil errar”	Confirmar nome e data de nascimento Conjugação de dados evita EA Confirmar nome do doente na prescrição

Fonte: Entrevistas

A troca de **identificação** do **doente** pode ocorrer pela **má audição** e pela **não-confirmação** de **dois** ou **mais dados** por **parte** do **profissional de saúde**. É crucial **confirmar dados**, pois parece ser muito **fácil existirem pessoas** com o mesmo **nome**, existindo **trocas de nomes**, com a consequência de uma possível **inscrição errada**. É **benéfica** a **conjugação** de **dois ou mais dados do doente**, que devem-se ir **confirmando** na **interação** (Quadro 134).

Identificaram-se três afirmações que enriquecem o conhecimento sobre a *passagem de turno*, bem como as respetivas palavras-chave principais (Quadro 135).

Quadro 130-Ideias mais relevantes sobre *passagem de turno*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A comunicação é importante nas passagens de turno ”	Comunicação essencial para passagem de turno
“Fazemos, mas temos de melhorar a comunicação nos domicílios ”	Melhorar comunicação na passagem de turno no domicílio
“É tudo uma questão de irmos falando , mas depende muito de nos lembrarmos ou não , quanto terminamos o turno ”	Comunicação dependente do profissional (fim de turno)

Fonte: Entrevistas

A *passagem de turno* foi associada às **equipas** que fazem **domicílios** (só UCC), que referem ser essencial a **comunicação** entre **turnos**, que parece estar **dependente** da vontade, da capacidade de **comunicação** do **profissional** (Quadro 135).

Outra ideia, que somou 5 indicações, corresponde à *comunicação entre o enfermeiro de família da USF e enfermeiros de outras unidades*, tendo-se reconhecido as afirmações e respetivas palavras-chave que enriquecem o conhecimento (ver Quadro 136).

Quadro 131 — Ideias mais relevantes sobre *atraso ou falha na comunicação entre médico e doente*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Quando se articulam procedimentos com colegas de outras unidades, faz-se o registo no sistema informático , mas não é unânime ”	Registo SI não-unânime nos procedimentos
“Eu registo no sistema o que faço , em termos de articulação ”	Articulação de enfermeiros SI

Fonte: Entrevistas

Identificou-se que **não existe** um **consenso** quanto aos **procedimentos a registar por enfermeiros**, no Sistema de Apoio ao Enfermeiro (SAPE), que facilitem a comunicação acerca de doentes que circulam entre diferentes unidades. Deve ser bastante acautelada a comunicação entre profissionais de saúde, sendo disso exemplo a forma como o enfermeiro faz os registos, pois o mesmo doente **pode ser cumulativamente acompanhado** por **profissionais de saúde da mesma área profissional** (enfermagem) nas **diferentes unidades** (Quadro 136).

Identificaram-se, sobre a *comunicação ineficaz entre médico e doente*, 3 indicações, de onde se retiraram as afirmações mais relevantes e suas respetivas palavras-chave (ver Quadro 137).

Quadro 132 — Ideias mais relevantes sobre o *atraso ou falha na comunicação entre médico e doente*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“O doente não ouve o que dizemos , o que pode propiciar atrasos ou falhas na comunicação na consulta médica ”	Doente não ouve/atraso na comunicação Consulta médica
“O doente, às vezes, devido ao barulho, pode não ouvir ou não perceber o que o médico está a dizer, o que pode dar problemas face à medicação ou ao diagnóstico ”	Barulho de fundo, doente não ouve/percebe Consulta médica Diagnóstico/medicação

Fonte: Entrevistas

Existe por parte do profissional de saúde (médicos da USF D. Sancho I) a preocupação de o **doente não ouvir** o que é dito, por causa do **barulho de fundo** na unidade de saúde. É uma forte preocupação, uma vez que o doente tem de ouvir e compreender quer o **diagnóstico** quer a **medicação** para que faça adequadamente o que é prescrito (Quadro 137).

Concretizando, para que as principais possíveis causas de **eventos adversos** relacionadas com *comunicação* não se efetivem, importa compreender a **origem** e a **exposição**, alcançando a compreensão do caminho percorrido, pois a origem pode ser diversa.

A **origem** no **Profissional de Saúde** deve-se a diversas **exposições conhecidas**. Começa por se indicar a *assertividade* do profissional ao *comunicar e interagir com o doente*, *normalmente* com *stress*. Para estas situações, sugerem-se algumas **barreiras**, nomeadamente: *respeitar a colaboração e as opções do doente; explicar detalhadamente ao doente os aspetos*

*relacionados com a doença e o processo de saúde; fazer pausas periódicas. Outra **exposição** passa pelo acesso a novas tecnologias e ao programa de dados de saúde do doente (PDS) sem formação adequada, devendo as **barreiras** passar pelo conhecimento de alguns aspetos básicos sobre sigilo e confidencialidade de dados e funcionalidades de programas informáticos em uso. Ainda no que toca às novas tecnologias, preocupa o facto de o acesso aos sistemas de informação não ser universal aos profissionais de saúde. Para isso, as **barreiras** devem ser ter acesso a registos, avaliações, contra-indicações e procedimentos e registar intervenções realizadas, e desse modo contribuir para a melhoria da articulação e feedback no mesmo nível e entre níveis de atuação. Também com **origem** no profissional de saúde está a não-confirmação de dados do doente, a realização de uma inscrição errada por diversos motivos de comunicação e a troca de nomes. Por isso, a **barreira** passa por confirmar sempre 2 ou mais dados doente na admissão, interação e prescrição, pois a comunicação pode falhar em qualquer fase do processo. Deve-se ter atenção redobrada quando duas ou mais pessoas têm o mesmo nome. Também se deve confirmar sempre 2 ou mais dados do doente, na admissão, na interação e na prescrição. Outra **exposição conhecida**, com **origem** no profissional de saúde, é a comunicação entre turnos, muito dependente da capacidade/cansaço/recolção. Esta só foi indicada pela UCC, e algumas formas de a minimizar passam por: sistematizar/definir o que comunicar sempre entre turnos e criar alertas informáticos no sistema de informação sobre a passagem de turno.*

Uma **exposição conhecida**, que tem origem específica no **enfermeiro**, consiste na falta de consenso sobre os registos feitos no SAPE, sobre o sistema de informação de enfermagem e sobre os procedimentos a adotar quanto ao doente que circula entre unidades funcionais. Por isso, é crucial que se uniformizem procedimentos de registo no SAPE e de comunicação entre enfermeiros das unidades funcionais. Ou seja, quer o profissional quer a organização deve incentivar a normalização da atuação, por ser comum o doente circular entre unidades funcionais.

Relativamente ao **Doente**, a **exposição conhecida** relaciona-se com dificuldades de audição, de perceção e de interação com o profissional de saúde (em stress). Por isso, é crucial que o profissional de saúde e a organização: conjuguem 2 ou mais dados do doente, preferencialmente nome, data nascimento, morada; possam dar atenção redobrada a doentes com dificuldade de audição/perceção (normalmente com mais de 65 anos); promovam a compreensão de opções de cuidados; ofereçam informação precisa e detalhada em aspetos da doença/processo saúde.

A **Unidade de Saúde** deve preocupar-se com o *barulho de fundo* — uma **exposição** que passa pela consciencialização do *profissional de saúde* e do *doente*, pois o barulho de fundo nas unidades pode propiciar problemas de comunicação.

Concretizando, se se alinharem as **exposições conhecidas**, podem transpor as **barreiras** e originar **eventos adversos** de *comunicação* por: *atraso ou falha de comunicação com o doente; registos clínicos acessíveis a todos profissionais de saúde; troca de identidade do doente; passagem de turno; comunicação entre o enfermeiro e a família e entre o enfermeiro e outras unidades funcionais; comunicação ineficaz médico versus doente*. E, por isso, importa elencar algumas soluções que servem eventos adversos distintos.

As **soluções são as seguintes**: *fornecer informação clara e escrita sempre que possível; implementar registo clínico único; minimizar o uso de instruções verbais ou telefónicas; partilhar experiências de quase-erro, eventos adversos e eventos-sentinela*. Estas soluções beneficiam todas as causas de eventos adversos de *comunicação* do Centro de Saúde do Cartaxo.

A **solução** que passa por *verificar sistematicamente a identidade dos doentes, cruzando mais do que um dado de identificação (exº: nome/data nascimento), e encorajando o doente a participar ativamente*, é aplicável a todas as causas de *comunicação*, à exceção de *registos clínicos não-acessíveis a todos os profissionais de saúde*. A atribuição do acesso à *Plataforma de Dados de Saúde / sistema de informação a todos profissionais* pretende solucionar as seguintes causas: *atraso ou falha na comunicação com doente; registos clínicos não-acessíveis a todos os profissionais de saúde; troca da identidade do doente*. É também uma excelente opção fazer *formação aos profissionais de saúde sobre a passagem de turno, evitando dificuldades na passagem de turno e melhorando a comunicação entre o enfermeiro de família e os enfermeiros de outras unidades*. Fazer *formação a todos os profissionais sobre a normalização de registos e sobre a plataforma de dados de saúde (funcionalidades/constrangimentos)* é essencial para que se possa melhorar: *registos clínicos acessíveis a todos os profissionais de saúde; troca da identidade do doente; passagem de turno; comunicação entre enfermeiros de diferentes unidades*.

A **solução** que passa por *fazer reuniões em que participem os doentes e/ou seus familiares em todas unidades funcionais* irá *minimizar as dificuldades de comunicação entre enfermeiros de diferentes unidades e entre médico versus doente*. Pretende também melhorar o *atraso na falha de comunicação com o doente*.

A **solução** *treinar e (re)certificar periodicamente os profissionais em entrevista clínica* beneficia: o *atraso ou falha na comunicação com o doente; a troca da identidade do doente; dificuldades de comunicação entre enfermeiros de diferentes unidades e médico versus doente.*

Para além de **barreiras** na **origem**, o **Centro de Saúde do Cartaxo** deve na implementação de **possíveis soluções** transversais, alinhar-se constantemente com os **eixos estratégicos** do **PNSD**, concretamente: (1) *aumentar a segurança da comunicação*, (2) *aumentar a cultura de segurança do ambiente interno*, (3) *aumentar a segurança na utilização da medicação*, (4) *assegurar a identificação inequívoca dos doentes* e (5) *assegurar prática sistemática de notificação, análise e prevenção incidentes.*

As soluções para causas de comunicação foram sistematizadas na legenda (ver Quadro 138).

Quadro 133 — Soluções possíveis para eventos adversos de Comunicação

Soluções possíveis para eventos adversos de <i>Comunicação</i>	Legenda
Dar acesso à Plataforma de Dados de Saúde/sistema de informação a todos PS	◇
Fazer formação a PS sobre passagem de turno do PS	*
Fazer formação a todos profissionais sobre a Plataforma de Dados de Saúde (funcionalidades, constrangimentos)	▲
Fazer formação a todos os profissionais sobre normalização de registos	❖
Fazer reuniões participadas pelos doentes e/ou familiares em todas as unidades funcionais	✕
Fornecer informação clara e escrita sempre que possível	▽
Implementar registo clínico único	◇
Minimizar o uso de instruções verbais ou telefónicas	□
Partilhar experiências de quase-erro, eventos adversos e eventos-sentinela	◎
Treinar e (re)certificar periodicamente os profissionais em entrevista clínica	+
Verificar sistematicamente a identidade do doente, cruzando mais do que um dado de identificação (Exº: nome/ data de nascimento), encorajando o doente a participar ativamente	▣

Fonte: Entrevistas

A legenda permitiu sistematizar a taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo de causas do *doente versus sistema de saúde*, anteriormente descritas (ver Tabela 32).

Tabela 31 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Comunicação

<i>Comunicação</i>	Σ	Soluções possíveis para eventos adversos											Total
		◇	*	▲	❖	✕	▽	◇	□	◎	+	▣	
Causas possíveis de eventos adversos													
Atraso/falha na comunicação com o doente	11	×			×	×	×	×	×	×	×	×	9
Registos clínicos acessíveis a todos os PS	7	×		×	×		×	×	×				7
Troca da Identidade do Doente	5	×		×	×		×	×	×	×	×	×	9
Passagem de Turno	5		×	×	×		×	×	×	×		×	8
Comunicação entre o enfermeiro e a família/entre o enfermeiro e outras unidades	3		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	10
Comunicação ineficaz médico/doente	1				×	×	×	×	×	×	×	×	8
	32												

Entrevistas e Adaptado de Ribas (2010)

A figura 13 sintetiza os dados observados sobre o grupo *comunicação*, dando uma “fotografia” exata do que foi encontrado no Centro de Saúde do Cartaxo¹³.

Para além disso, sabe-se que, uma má comunicação pode precipitar o uso incorreto do medicamento — a próxima categoria em análise.

(6.) *Medicamento*

A categoria que favorece o conhecimento sobre o *medicamento* obteve 5,05% de dados (24 indicações em 6 subcategorias), sendo uma preocupação exclusiva das UFS'S, sobretudo no caso dos injetáveis (ver Tabela 33).

Tabela 32 — Grupo de causas do *Medicamento* da Taxonomia de EA do Centro de Saúde do Cartaxo

		Ocorrências
MEDICAMENTO	1. Armazenamento e Stock	6
	2. Troca de Medicação	4
	3. Duplicação de princípios ativos iguais ou sobreponíveis na ação	3
	4. Registo da administração	3
	5. Interação Medicamentosa Grave	2
	6. Atraso no início do tratamento	1
		Σ19

Fonte: Entrevistas

Das 6 indicações, conheceram-se as afirmações mais relevantes (e suas respetivas palavras-chave) que enriquecem a subcategoria *armazenamento e stock* (ver quadro 139).

Quadro 134 — Ideias mais relevantes para o *armazenamento e stock*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Devemos ter cautela com armazenamento de material e vacinas , pois as caixas são iguais, com tamanhos e cores iguais ”	Armazenamento do material/vacinas com caixas iguais, tamanhos e cores iguais
“Manter a lista de stocks sempre organizada e limitar a rutura ; às vezes não é claro quem é o culpado”	Lista de <i>stocks</i> atualizada/Limitar rutura Rutura imputada ao sistema
“As pomadas identificadas com a data de abertura e prazos de validade ; quem diz pomadas diz outras coisas”	Material aberto com data de abertura e prazos de validade visíveis

Fonte: Entrevistas

Sobre o assunto conheceram-se diversas preocupações, sobretudo o **armazenamento de caixas iguais**, com o mesmo tamanho e cor (**LASA**). Conheceram-se alguns cuidados não-sistemáticos, como a **identificação de pomadas** ou outros **consumíveis abertos** com **data de validade**. Existe preocupação com a **atualização da lista de stocks**, *de modo a* não haver rutura (Quadro 139).

Identificaram-se as afirmações mais relevantes (e respetivas palavras-chave) que enriquecem a *troca de medicação*, com 4 indicações (ver quadro 140).

¹³ (ver Apêndice D)

Quadro 135 — Ideias mais relevantes para a *troca de medicação*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A troca ocorre; o profissional está cansado ; há erros com as vacinas ”	Cansaço do PS/EA com Vacinas
“Área descuidada ; a toma de medicação é feita no ar, pelo doente ”	Autogestão da doença/Toma de medicação

Fonte: Entrevistas

A troca de medicação é imputada ao profissional de saúde e ao doente, sendo uma parte do processo de gestão da doença. **A troca de medicação** relaciona-se com as **vacinas** (podendo surgir pela sua **troca, devido a interrupções e cansaço do profissional**) e com o **armazenamento/stock errado** (por estar em **locais não previstos** e pelo **incorrecto armazenamento de caixas com tamanho e cor igual**). “Devíamos ter mais barreiras para esses medicamentos tão iguais, mas a sensibilidade dos profissionais não é uniforme”. Pode existir *troca de medicação* pelo **incumprimento da prescrição médica**, sobretudo no **grupo de enfermagem** (ver quadro 140).

Identificaram-se 2 afirmações, e respetivas palavras-chave (4 indicações), na subcategoria *duplicação de princípios ativos iguais ou sobreponíveis na sua acção* (ver quadro 141).

Quadro 136 — Ideias mais relevantes para a *duplicação de princípios ativos iguais ou sobreponíveis na sua acção*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Nunca trazem os medicamentos que estão a fazer; há má gestão da medicação pelo doente , sejam genéricos ou de marca ”	Má gestão da medicação do doente Medicação de marca e/ou genérica
“Às vezes chegam a estar a tomar o mesmo medicamento, o mesmo princípio ativo , com dois nomes diferentes ; não trazem a medicação , não estão despertos para isso”	Toma repetida do mesmo princípio ativo Não-controlo por parte do PS da gestão da medicação no domicílio/Baixa literacia de saúde
“A política do medicamento põe em risco o doente e tira controlo ao médico ; não sei o que é que os meus doentes estão a tomar ... Paracetamol? Não faço ideia qual está a tomar; ele pode escolher ”	Política do medicamento Fora do controlo do profissional médico Decisão centrada no doente

Entrevistas

Confirma-se que a **gestão da medicação** está **centrada no doente**, que detém o poder de **decisão** entre a **medicação de marca e/ou genérica**, em boa parte pelo **preço**. Uma gestão da medicação que pode ser desadequada, e levar a **tomas repetidas do mesmo princípio activo**, precipitando o **uso de princípios activos iguais ou sobreponíveis na sua acção**. Estas decisões estão centradas no doente, longe do controlo do profissional de saúde, principalmente o médico — um aspecto **preocupante**, face à **baixa literacia em saúde** referida, conjugada com a política do medicamento (Quadro 141).

Identificaram-se 2 afirmações (e respetivas palavras-chave) que enriquecem a subcategoria *interacção medicamentosa grave*, que soma 3 indicações (ver quadro 142).

Quadro 137 — Ideias mais relevantes para a *interação medicamentosa grave*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Nos domicílios não fazemos ideia das reações adversas , pois podemos não voltar lá mais após um injetável ”	Domicílio Reações adversas/ Injetável
“Existem 40 medicamentos com o mesmo princípio activo . Se fosse 1, perante reação adversa , era 1 em 10 milhões, assim é impossível, com a diversidade de nomes comerciais ”	Princípio activo Reações adversas Variedade de nomes comerciais

Fonte: Entrevistas

A preocupação surge pelas reações **adversas associadas** aos **princípios activos** e à **variedade de nomes comerciais**. Também surgiu preocupação com o **domicílio** e com **injetáveis (vacina)** — uma preocupação acrescida na administração (Quadro 142).

Identificaram-se as afirmações palavras-chave que enriquecem a subcategoria *registo da administração*, que somou 3 indicações (ver Quadro 143).

Quadro 138 — Ideias mais relevantes para o *registo da administração*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A certeza dos registos evita prescrições erradas ”	Registos sempre feitos/Registo da prescrição
“Ao registo da administração é dada muita atenção”	Registo da administração
“Pode haver a administração e o não-registo ”	Cuidado-administração não-registada

Fonte: Entrevistas

Sobre o assunto surgiram diversas preocupações, nomeadamente **fazer sempre o registo**, seja da **prescrição**, seja da **administração** — um factor **determinante** para a **qualidade do serviço**. Por tudo isto, a instituição deve implementar, especificamente, estratégias que assegurem o uso seguro dos medicamentos de alto risco, de medicamentos com potencial de causar danos graves ou fatais na utilização, e medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético de aspecto idêntico — *Look-alike* e *Sound-alike* (**LASA**). No fundo, deveria ser uma **garantia da qualidade não existirem administrações sem registo concluído** — uma **ausência/ não-conclusão (informática ou papel)** que surge pela baixa **recorrência** aos **sistemas de informação** e pelas **interrupções** a que o **profissional de saúde é sujeito**. Existe **cuidado** (ainda que **não-uniforme**) **na conjugação de pelo menos dois ou mais dados da pessoa**, desde a entrada até à sua saída da organização de saúde (Quadro 143).

Conheceu-se 1 afirmação sobre o *atraso no início do tratamento* (ver quadro 144).

Quadro 139 — Ideia mais relevante para o *atraso no início do tratamento*

IDEIA MAIS RELEVANTE	PALAVRAS-CHAVE
“É muito consumo... A pessoa hoje vem e leva um medicamento que não fez efeito , ou então nem sequer compram ”	Consumismo do medicamento/alteração regular/ não-adquirido (sem efeito)

Fonte: Entrevistas

Este é um aspeto **atribuído ao doente**, pois **recorre** muito ao **serviço de saúde** enquanto **consumidor** de serviços, **não tomando** depois o **prescrito**, verificável nos registos das várias interações e resultados (não-desejáveis) (Quadro 144).

Concretizando, para que as principais possíveis causas de **eventos adversos** relacionadas com *medicamento* não se efetivem, importa compreender a **origem e exposição**, conhecendo o caminho percorrido, pois a origem pode ser diversa.

Isto pode centrar-se no **profissional de saúde**, na **Unidade de Saúde**, sobretudo nas **exposições conhecidas**: *cansaço e rutura de stock*. Para barrar a sua presença, é crucial que o profissional possa *fazer pausas curtas/regulares* (3 horas cada) e que faça um “esforço” por *manter listas de material atualizadas* — um esforço que não é só seu, mas também da **organização**, que deve facultar os programas-chave para que esta atualização seja feita por todos do mesmo modo.

Face ao *armazenamento do medicamento (destaque LASA) e registo da prescrição e da administração*, percebeu-se que a **barreira** de contenção passa pelo profissional de saúde e pela organização, e que já se encontra iniciada em algumas unidades funcionais, mas que carece de uniformização e implementação em alguns sítios — ou seja, é necessário que todos façam as coisas da mesma forma face ao mesmo assunto. Visivelmente, *evitar medicamentos de aspeto e/ou de nome parecidos* surge no estudo muito associado ao armazenamento, nomeadamente de vacinas. Soube-se que é realizada por alguns profissionais a *identificação com data de abertura/validade do material aberto e usado mais que uma vez*, dando muita *atenção ao armazenamento* dos medicamentos LASA. Igualmente iniciado em algumas unidades funcionais, mas com carência de implementação, está o *alertar o sistema sempre que não exista registo de prescrição e administração*, pois não é um procedimento sistemático, menos ainda no domicílio.

Ainda na perspetiva do **profissional de saúde**, concretamente, o **enfermeiro na unidade de saúde**, o alerta surge face ao *incumprimento da prescrição médica de vacinas e de medicamentos*, da realização de *pausas regulares* e da *leitura da prescrição médica pelo menos 2 vezes antes da administração, sobretudo nas vacinas*. No mesmo grupo profissional, mas no **domicílio**, existe a exposição a *reações adversas após a administração de injetáveis (vacinas)*. Por isso, seria crucial a realização de *pelo menos um contacto com o doente após administrações, para validação de possíveis reações adversas (telefónico e/ou presencial)*. É mais difícil controlar estas reações fora da estrutura de saúde e na *conciliação com níveis de cuidados*.

Também o **doente no domicílio** pode ser a **origem** de algumas exposições conhecidas, sobretudo pelo: *cansaço; medicamento mal-acondicionado; tomas repetidas e desadequadas; aquisição de medicamento de marca ou genérico; medicação não-iniciada ou toma errada*. Por isso, tanto a **organização** como o **profissional de saúde** devem alertar o doente para: o

cumprimento do acondicionamento e realização de pausas regulares nos períodos de doença, de modo a evitar trocas; para a importância de tomar corretamente a medicação prescrita e ter em atenção a aquisição de marca versus genérico; para a importância de tomar corretamente o medicamento (data de início/prescrição).

O **farmacêutico**, na **farmácia**, pode **causar** uma **exposição conhecida**, sobretudo pelas *reações adversas associadas a princípios ativos e à variedade nomes comerciais*, podendo alertar o doente para *reações adversas aos princípios ativos e para a grande variedade de nomes comerciais com o mesmo princípio ativo*.

Concretizando, se as **exposições conhecidas** se alinharem, podem transpor as barreiras indicadas e causar eventos adversos de *medicamento*, sobretudo: *armazenamento e stock; troca de medicação; duplicação de princípios ativos iguais/sobreponíveis na sua ação; registo da administração; interação medicamentosa grave; atraso no início do tratamento*.

Das **soluções possíveis**, 4 servem todas as causas usuais supraditas, sobretudo: *conciliar tratamentos nos níveis de cuidado; definir alertas de segurança nas aplicações informáticas de prescrição (difundidas por todos); desmaterializar a prescrição; normalizar a apresentação da informação do medicamento*. As duas últimas já estão iniciadas no Centro de Saúde do Cartaxo, por indicação da Direção Executiva do ACES da Lezíria.

As **soluções** que passam por *evitar medicamentos com aspeto/nome parecido, fazer formação sobre procedimentos de segurança da medicação dada no domicílio e introduzir alertas de segurança nas aplicações informáticas de prescrição* minimizam ou anulam as seguintes causas: *troca de medicação; duplicação de princípios ativos iguais/sobreponíveis na ação; registo da administração; interação medicamentosa grave*.

Outras **soluções** que pretendem reduzir eventos adversos de *armazenamento e stock* e o *atraso no início do tratamento* passam por *melhorar a manutenção de stocks* e a *organização/estruturação do armazenamento/manutenção do stock*. Também crucial é *promover medidas de segurança relativas à aplicação de injetáveis*, pois podem colmatar eventos adversos ligados à *não-duplicação de princípios ativos iguais ou sobreponíveis na sua ação*, ao *registo da administração*, à *interação medicamentosa grave* e ao *atraso no início do tratamento*.

Para além de **barreiras na origem**, o **Centro de Saúde do Cartaxo** deve, na implementação de **possíveis soluções** transversais, alinhar-se constantemente com os **eixos estratégicos** do **PNSD**, concretamente: (1) *aumentar a segurança da comunicação*, (2) *aumentar a cultura de segurança do ambiente interno*, (3) *assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes* e (4) *aumentar a Segurança na Utilização da Medicação*.

As soluções para causas de comunicação sistematizaram-se em legenda (ver Quadro 145).

Quadro 140 — Soluções possíveis para eventos adversos de Medicamento

Soluções possíveis para eventos adversos <i>Medicamento</i>	Legenda
Conciliar tratamentos níveis cuidado	◇
Definir alertas segurança aplicações informáticas prescrição difundidos por todos	*
Desmaterializar prescrição	▲
Evitar medicamentos aspeto/nome parecidos	❖
Fazer formação procedimentos segurança medicação domicílio/ geral	✕
Introduzir alertas segurança aplicações informáticas prescrição	▽
Melhorar manutenção <i>stocks</i>	◊
Melhorar organização/estruturação armazenamento/manutenção <i>stock</i>	□
Normalizar apresentação informação medicamento	⊙
Promover medidas segurança aplicação injetáveis	+

Fonte: Entrevistas

A legenda permitiu sistematizar a taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo de causas do *medicamento*, anteriormente descritas (ver Tabela 34).

Tabela 33 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Medicamento

<i>Medicamento</i>	Causas possíveis de eventos adversos	Σ	Soluções possíveis eventos adversos										Tota	
			◇	*	▲	❖	✕	▽	◊	□	⊙	+		
														1
	Armazenamento e <i>Stock</i>	6	×	×	×				×	×	×			6
	Troca de Medicação	4	×	×	×	×	×	×			×			7
	Duplicação de princípios ativos iguais ou sobreponíveis na ação	3	×	×	×	×	×	×			×	×		8
	Registo da administração	3	×	×	×	×	×	×			×	×		8
	Interação Medicamentosa Grave	2	×	×	×	×	×	×			×	×		8
	Atraso no início do tratamento	1	×	×	×				×	×	×	×		7
		19												

Fonte: Entrevistas e Adaptado de Ribas (2010)

A figura 14 sintetiza os dados observados, sobre o grupo *medicamento*, dando uma “fotografia” exata do que foi encontrado no Centro de Saúde do Cartaxo¹⁴.

(7.) Registo

A categoria *registo* somou 3,0 % dados (15 indicações, 3 subcategorias) (ver Tabela 35).

Tabela 34 — Grupos de causas de *Registo* da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo

REGISTO	Ocorrências
1. Ausência de Registo	13
2. Ausência de Registo Clínico Único acessível todos profissionais	1
3. Categoria profissional sem sistema de informação validado	1
	Σ15

Fonte: Entrevistas

¹⁴ (ver Apêndice D)

Identificaram-se as afirmações e palavras-chave que enriquecem a subcategoria *ausência de registo* com treze indicações (ver Quadro 146).

Quadro 141 — Ideias mais relevantes sobre a *ausência de registo*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Sem sistemas de informação , dificulta muito o trabalho pois só podemos registar em papel ”	Registo apenas papel Sem acesso Sistema Informação
“Um erro registo de qualquer coisa, ou ausência porque fomos interrompidos e esquecemos , vários programas eletrónicos para fazer registo , que não funciona , o programa é lento ”	Erro registo/Ausência total registo esquecimento/interrupção/lentidão Administração não registada/vice-versa
“A transcrição das vacinas no livro do bebé , eu registei no SINUS . Fiz a segunda dose e a primeira não estava registada , ... tinha sido eu a fazê-lo , e se fosse a troca de vacina?”	Registo não concluído Cumulativamente informático/papel

Fonte: Entrevistas

Sobre o assunto soube-se que existem profissionais que **só fazem o registo em papel**, pois não têm **acesso a sistemas de informação**. Outros, **com acesso, referem erros no registo**, habitualmente **não concluído** (incompleto) por falhas atribuíveis ao esquecimento, às **interrupções** a que o profissional de saúde está sujeito nos procedimentos em curso, à **lentidão** ou **não funcionamento** do sistema, o que cria **atraso** e **stress** (Quadro 146).

Foi possível conhecer as afirmações e palavras-chave sobre a subcategoria *ausência de registo clínico acessível a todos os profissionais de saúde*, com uma indicação (ver Quadro 147).

Quadro 142 — Ideia mais relevante da ausência registo clínico acessível todos profissionais de saúde

IDEIA MAIS RELEVANTE	PALAVRAS-CHAVE
“ Fisioterapia sem acesso avaliações e diagnósticos médicos, de enfermagem, o registo ajudaria bastante a segurança do doente, famílias e segurança enquanto profissionais ”	Fisioterapia sem acesso avaliações/ diagnóstico registo clínico único (médico/enfermeiro)

Fonte: Entrevistas

Ou seja, há **algumas áreas profissionais sem acesso ao registo clínico informaticamente** de modo a aceder a avaliações e diagnóstico, nomeadamente a **Fisioterapia** (Quadro 147).

Este é um aspeto relevante pelo facto de *não existirem sistemas de informação validados para algumas categorias profissionais*, com uma indicação (ver Quadro 148).

Quadro 143 — Ideia mais relevante sobre sistemas de informação validados algumas categorias profissionais

IDEIA MAIS RELEVANTE	PALAVRAS-CHAVE
“Grupos profissionais, fisioterapia, não têm um sistema informação validado , nem mesmo as grelhas de Excel usadas estão validadas”	Grupos profissionais/fisioterapia sem sistema informação validado Grelhas Excel não validadas

Fonte: Entrevistas

Ou seja, é crucial que exista um **sistema de informação validado** (Quadro 148).

Para que as principais possíveis causas de **eventos adversos** relacionadas com *registo* não se efetivem, importa compreender a **origem** e **exposição**, alcançando o caminho percorrido — uma vez que a origem pode ser diversa.

Em suma, a **origem** de problemas relativos a *registo* centra-se no **profissional de saúde** na **Unidade de Saúde**, sobretudo nas **exposições conhecidas**: *profissional de saúde não tem acesso sistemas de informação e processo clínico*. Também pode ser pelo facto de cometer *erros ao registar, no sistema informático* (registo ausente ou incompleto), por diversos motivos: *esquecimento, interrupção das assistentes técnicas, sistema informático lento ou não funcionar*.

Ou seja, antes de **qualquer evento adverso**, o profissional de saúde na unidade de saúde (**origem**) pode e deve servir de obstrução, criando uma **barreira à exposição conhecida**. Para tal, deve: *validar sempre o registo entre procedimentos/atendimentos* e também, *alertar a organização sempre que se verificar lentidão ou não-funcionamento do sistema informático* — medidas sobre as quais se ouviu “já se vai fazendo”, mas a carecem de sistematização, para que não fiquem na intenção individual. Devem também ser *criados momentos / definir momentos formais interação entre Profissional Saúde e equipa de Assistentes Técnicas* e *sensibilizar os Assistentes Técnicos para a não-interrupção do Profissional de Saúde durante os procedimentos (apenas entre atendimentos)*.

Face às **origens conhecidas**, também a **organização de saúde** pode barrar proativamente o evento adverso de *registo*, sobretudo: *validar Sistema de Informação para profissionais de saúde sem histórico de acesso*, ou seja, *dar-se e generalizar-se o acesso de todos os profissionais de saúde aos sistemas de informação e ao registo clínico único*.

Se as **exposições conhecidas** se alinharem, podem transpor as barreiras indicadas e causar eventos adversos de *registo* por: *ausência de registo, ausência de registo clínico único acessível a todos profissionais e categoria profissional sem sistema informação validado*.

Face à *ausência de registo*, todas as soluções indicadas serão desejáveis: *comunicar chefias lentidão sistemas de informação; dar acesso a sistemas de informação, processo clínico único em que todos grupos profissionais saúde desenvolvem atividade profissional no contexto; fazer formação de Assistentes Técnicas, importância de não interromper consultas/atendimento, de o registo não ser feito incorretamente; implementar rotinas partilha discussão EA dentro equipas; introduzir sistemas de apoio à decisão, alertas, passos limitantes nos programas de registo clínico; minimizar uso instruções verbais/telefónicas e verificar sistematicamente a identidade doentes, cruzando mais do que um dado identificação (ex.: nome/data nascimento), encorajando doente a participar ativamente no processo*. No que toca à *ausência de registo, ausência de registo clínico único acessível a todos profissionais, categoria profissional sem sistema informação validado*, as soluções que pareceram mais indicadas são *dar acesso sistemas informação, processo clínico único todos grupos*

profissionais saúde desenvolvem atividade profissional no contexto e implementar rotinas partilha discussão de eventos dentro equipa.

Para além de **barreiras** na **origem**, o **Centro de Saúde do Cartaxo**, na implementação de **possíveis soluções** transversais, deve alinhar-se constantemente aos **eixos estratégicos** do **PNSD**, concretamente: (1) *aumentar a segurança da comunicação*, (2) *aumentar a cultura de segurança do ambiente interno* e (3) *assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes*.

As soluções para causas de comunicação foram sistematizadas na legenda (ver Quadro 149).

Quadro 144 — Soluções possíveis para eventos adversos de registo

Soluções possíveis para eventos adversos <i>Registo</i>	Legenda
Comunicar chefias lentidão sistemas de informação	◇
Dar acesso sistemas informação, processo clínico único todos grupos profissionais saúde desenvolvem atividade profissional contexto	*
Fazer formação Assistentes Técnicas importância não interromper consultas/atendimento, registo não ser feito incorretamente	▲
Implementar rotinas partilha discussão EA dentro equipas	◆
Introduzir sistemas apoio decisão, alertas, passos limitantes nos programas registo clínico	✕
Minimizar uso instruções verbais/telefónicas	▽
Verificar sistematicamente a identidade doentes, cruzando mais do que um dado identificação (ex.: nome/data nascimento) encorajando doente participar ativamente processo	◇

Fonte: Entrevistas

A legenda permitiu sistematizar a taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo de causas do *doente versus sistema de saúde*, anteriormente descritas (ver Tabela 36).

Tabela 35 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Registo

<i>Registo</i>		Soluções possíveis eventos adversos							
Causas possíveis de eventos adversos	∑	◇	*	▲	◆	✕	▽	◇	Total
Ausência de Registo	13	×	×	×	×	×	×	×	7
Ausência de Registo Clínico Único acessível todos profissionais	1	×	×		×				3
Categoria profissional sem sistema de informação validado	1	×	×		×				3
	15								

Fonte: Entrevistas e Adaptado de Ribas (2010)

A figura 15 sintetiza os dados observados sobre o grupo *registo*, dando uma “fotografia” exata do que foi encontrado no Centro de Saúde do Cartaxo¹⁵

(8.) Notificação

A categoria que favorece o conhecimento sobre a notificação alcançou 2,1 % de dados (8 indicações numa subcategoria) (ver Tabela 37).

¹⁵ (ver Apêndice D)

Tabela 36 — Grupos de causas de *Notificação* da Taxonomia de EA do Centro de Saúde do Cartaxo

		Ocorrências
NOTIFICAÇÃO	1. Desconhecimento eventos adversos circunstâncias semelhantes e respetivas soluções	8
		Σ 8

Fonte: Entrevistas

Identificaram-se as afirmações e as palavras-chave que enriquecem a subcategoria *desconhecimento de eventos adversos em circunstâncias semelhantes e respetivas soluções* com 8 indicações (ver Quadro 150).

Quadro 145 — Ideias mais relevantes sobre o *desconhecimento de eventos adversos em circunstâncias semelhantes e respetivas soluções*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Pode existir administração não registada e vice-versa , que se deteta, percebe-se como as coisas acontecem, vão acontecendo , mas não se sabe acontece aos outros ”	Administração não registada/vice-versa detetada vai acontecendo Falta registo (EA semelhante)
“Claramente encontram-se situações que deviam ser registadas , que nos facilitaria o conhecimento de outras situações parecidas ”	Situação devia ser registada Conhecimento situações parecidas

Fonte: Entrevistas

A notificação é importante, sobretudo porque *não se conhecem eventos adversos em circunstâncias semelhantes e respetivas soluções* — confirmando quão importante é **conhecer** os **eventos adversos** e os **sistemas** de **registo**. Um exemplo comum de não-notificação é relativo às **administrações** que **não** são **registadas** nos **suportes** devidos. O **evento não é notificado**, sabe-se que ocorreu por se ter detetado que ocorreu, às vezes passado um tempo considerável, mas **não** se tomam **medidas preventivas**; e as coisas vão sucedendo sem que se dê qualquer alteração (Quadro 150).

Compreendeu-se que a **origem** de problemas de *notificação* se centra no **profissional de saúde** na **Unidade de Saúde**, sobretudo nas **exposições conhecidas**: *faz administrações que não ficam registadas no sistema (normalmente informático) e troca doentes por não fazer notificação sistemática de administrações não registadas*. Ou seja, antes de **qualquer evento adverso**, o profissional de saúde na unidade de saúde (**origem**) deve ser uma **barreira direta** face à **exposição conhecida**, podendo *registar e validar sempre o registo de administrações antes de passar ao procedimento seguinte; notificar na Plataforma da Direção Geral da Saúde todas as situações de administrações sem registo feito que sejam detetadas* (medida não sistematizada, pois, embora se tenha achado quem faça, não é feito por todos da mesma forma). Face à **origem conhecida**, também a **organização de saúde** (direta e indiretamente) deve servir de barreira que impeça proativamente o evento adverso. Concretamente e diretamente, a **organização** será uma barreira direta ao *colocar nos sistemas de registo um alerta de todas as administrações não registadas*.

Se as **exposições conhecidas** se alinharem, podem transpor as barreiras indicadas e causar eventos adversos de *notificação* por: *desconhecimento da existência de eventos adversos em circunstâncias semelhantes e respetivas soluções*. As soluções para este evento adversos, na perspetiva do **profissional de saúde**, passam por: *registar sempre na Plataforma Notific@ as administrações detetadas com não registo e usar sistematicamente Plataforma Notific@, voluntária e obrigatória para todos os eventos adversos, com destaque para os mais graves*. Já a **organização de saúde** deve formar os *profissionais de saúde (falta de notificação leva outros cometer mesmo evento, a trocar doentes face a administrações anteriores)*; *premiar organizações que incluam prática de identificação, notificação, avaliação, implementação de medidas, correção de eventos adversos, e propor instrumentos detetar eventos adversos, realçando importância cultura de não-culpabilização e incentivo à notificação*. Esta também deve *implementar uma rotina de partilhas, discussão de eventos e sistemas de registo incidentes dentro das equipas (diário bordo/SAAR-Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendação)*, o que claramente só será possível em estreita colaboração com os profissionais de saúde nas unidades funcionais de saúde. Além de **barreiras na origem**, o **Centro de Saúde do Cartaxo**, na implementação de **possíveis soluções** transversais, deve alinhar-se constantemente aos **eixos estratégicos** do **PNSD**, concretamente: (1) *aumentar a cultura de segurança no ambiente interno* e (2) *assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes*.

As soluções para causas de comunicação foram estruturadas na legenda (ver Quadro 151).

Quadro 151 — Soluções possíveis para eventos adversos de notificação

Soluções possíveis para eventos adversos <i>Notificação</i>	Legenda
Formar os profissionais de saúde (falta notificação cometer mesmo EA, troquem doentes face administrações anteriores)	◇
Implementar rotina partilhas, discussão EA dentro equipas	*
Implementar sistemas registo incidentes dentro equipas (diário bordo/SAAR-Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendação)	▲
Propor instrumento detetar EA, realçando importância cultura de não-culpabilização e incentivo notificação	❖
Registar sempre Plataforma Notific@ sobre administrações detetadas sem registo	✘
Usar sistematicamente Plataforma Notific@, voluntária e obrigatória para todos EA, com destaque mais graves	◊

Fonte: Entrevistas

A legenda permitiu sistematizar a taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo de causas do *doente versus sistema de saúde*, anteriormente descritas (ver Tabela 38).

Tabela 37 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de Notificação

Notificação		Soluções possíveis eventos adversos						
Causas possíveis de eventos adversos	Σ	◇	*	▲	◆	✱	◇	Total
Desconhecimento eventos adversos circunstâncias semelhantes e respetivas soluções	8	×	×	×	×	×	×	3
	8							

Entrevistas e Adaptado de Ribas (2010)

A figura 16 sintetiza os dados observados sobre o grupo *registo*, dando uma “fotografia” exata do que, foi encontrado, no Centro de Saúde do Cartaxo¹⁶

(9.) *Condições Físicas e Aquecimento Domicílio*

A categoria *condições físicas e aquecimento do domicílio do doente* perfez 8 indicações em três subcategorias mencionadas pelas USF e pela UCC (1,8 % de dados) (ver Tabela 39).

Tabela 38 — Grupos de causas de *Registo* da Taxonomia de EA do Centro de Saúde do Cartaxo

		Ocorrências
CONDIÇÕES FÍSICAS AQUECIMENTO DOMICÍLIO	1. Risco Queda domicílio	4
	2. Produtos Apoio	3
	3. Barreiras Arquitetónicas	1
		Σ8

Fonte: Entrevistas

Com quatro indicações soube-se a preocupação com o *risco de queda*, escolhendo-se as ideias mais relevantes face ao assunto (ver Quadro 152).

Quadro 146 — Ideias mais relevantes sobre o *risco de queda*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“As quedas em casa são uma preocupação”	Quedas em casa / preocupação
“ Más condições de habitabilidade das pessoas, más condições da família, dos cuidadores sem capacidade ou quererem cuidar ”	Más condições habitabilidade Capacidade família/cuidadores cuidado

Fonte: Entrevistas

As quedas no domicílio preocupam o profissional de saúde (médico e enfermeiros) pelas **más condições de habitabilidade** e de **vida** que os **cuidadores e/ou família** e que o próprio contexto oferece ao doente (Quadro 152).

Com três indicações soube-se a preocupação face aos *produtos de apoio*, escolhendo-se as ideias mais relevantes face ao assunto (ver Quadro 153).

Quadro 153 — Ideias mais relevantes sobre *produtos de apoio*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“As pessoas não têm os produtos de apoio que precisam”	Doente não tem produtos apoio domicílio
“Os produtos de apoio essenciais ao banho e a alimentação ”	Produtos apoio banho e alimentação

Fonte: Entrevistas

A preocupação com os *produtos de apoio* é relativa a necessidades relativas ao **banho e alimentação** (Quadro 153).

¹⁶ (ver Apêndice D)

Com uma indicação da UCC surgiram as *barreiras arquitetónicas* (ver Quadro 154).

Quadro 147 — Ideia mais relevante sobre *barreiras arquitetónicas*

IDEIA MAIS RELEVANTE	PALAVRAS-CHAVE
“O acesso às casas também é preocupante”	Preocupa acesso domicílio

Fonte: Entrevistas

Falou-se sobre as *barreiras arquitetónicas*, sobretudo no **acesso** ao **domicílio**, uma inquietação de quem faz **visitação domiciliária**, mais na UCC que nas USF (Quadro 154).

Compreendeu-se que a **origem** de problemas associados às *Condições Físicas e de Aquecimento do Domicílio do Doente* se centram no **domicílio (habitação)** nas seguintes **exposições conhecidas**: *condições e acesso ao domicílio*. Face a exposição relativa às *condições do domicílio*, as organizações/profissionais de saúde devem servir de **barreira direta** de obstrução à **exposição conhecida**, devendo para isso: *dar prioridade ao domicílio a pessoas com menores recursos habitacionais*. Face ao *acesso ao domicílio*, *estimular a alteração/melhoria das barreiras arquitetónicas que promovam um bom acesso ao domicílio; estimular aquisição/empréstimos produtos apoio que facilitem o acesso ao domicílio versus comunidade e dentro da habitação*.

Centram-se também no **doente** nas seguintes **exposições conhecidas**: *idade e envelhecimento; limitação na funcionalidade e funcionalidade em casa*. Face a esta **exposição conhecida**, a organização de saúde pode ser **barreira direta** devendo: *dar prioridade a domicílios para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; que vivam sozinhas; que estejam numa situação aguda de doença; com baixo rendimento económico*.

Por último, centram-se diretamente no **profissional de saúde**, que são a própria origem de uma possível exposição, pois *entram e saem do domicílio*. Devem por isso: *sair e entrar minimizando os efeitos da sua presença; estimular a aquisição / o empréstimo produtos de apoio que facilitem o acesso ao domicílio e a intervenção de reabilitação e/ou habilitação necessária*.

Em síntese, as causas mais comuns, de **eventos adversos** devem-se a: *risco de queda; produtos de apoio* disponíveis para quando o doente precise deles e *barreiras arquitetónicas*, devendo-se sugerir algumas **soluções** para eventos adversos relacionados com as *condições físicas e de aquecimento do domicílio*. Falando de **soluções**, *fazer formação quer a doentes quer a cuidadores sobre os produtos de apoio indicados para uso pessoal e a eliminação/adequação das barreiras arquitetónicas* servem todas as causas indicadas. Já *fazer formação a doentes e a cuidadores sobre o risco de queda no domicílio e a sua minimização* tem como objetivo evitar o *risco de queda*.

Além de **barreiras na origem**, o **Centro de Saúde do Cartaxo**, na implementação de **possíveis soluções** transversais, deve alinhar-se constantemente aos **eixos estratégicos** do **PNSD**, concretamente: (1) *prevenir a ocorrência de quedas* e (2) *aumentar a segurança da comunicação*.

As soluções para causas de condições físicas e de aquecimento do domicílio foram sistematizadas na legenda (ver Quadro 155).

Quadro 148 — Soluções possíveis para eventos adversos de condições físicas e aquecimento domicílio

Soluções possíveis para eventos adversos — Condições Físicas e Aquecimento Domicílio	Legenda
Fazer formação doente/cuidadores risco queda domicílio (minimização)	✘
Fazer formação doente/cuidadores produtos de apoio indicados uso pessoal eliminação/adequação de barreiras arquitetónicas	◇

Fonte: Entrevistas

A legenda permitiu sistematizar a taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo de causas do *condições físicas e aquecimento domicílio*, anteriormente descritas (ver Tabela 40).

Tabela 39 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de condições físicas e aquecimento domicílio

<i>Condições Físicas e Aquecimento Domicílio</i>		Soluções possíveis eventos adversos		
Causas possíveis de eventos adversos	Σ	✘	◇	Total
Risco de Queda	4	×	×	2
Barreiras Arquitetónicas	3		×	1
Produtos de Apoio	1		×	1
	8			

Entrevistas e Adaptado de Ribas (2010)

A figura 17 sintetiza os dados, sobre o grupo *condições físicas e aquecimento domicílio*, dando uma “fotografia” exata do que, foi encontrado, no Centro de Saúde do Cartaxo¹⁷

(10.) *Equipamento e Material Unidade de Saúde*

A categoria *equipamento e material usado na Unidade de Saúde* totalizou 5 indicações de 3 unidades (USF Terra Viva, URAP, USP) em 3 subcategorias, 1,3 % dados (ver Tabela 41).

Tabela 41 — Grupos de causas de *Equipamento e Material usado na Unidade de Saúde*

		Ocorrências
EQUIPAMENTO MATERIAL UNIDADE SAÚDE	Cadeiras dos Gabinetes	3
	Marquesas dos Gabinetes	1
	Material adequado Tratamentos	1
		Σ 5

Fonte: Entrevistas

O quadro indica as ideias mais relevantes sobre as *cadeiras dos gabinetes*, um assunto com 3 indicações de enfermeiros das unidades supracitadas (ver Quadro 156).

¹⁷ (ver Apêndice D)

Quadro 149 — Ideias mais relevantes sobre *cadeiras dos gabinetes*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A cadeira está torta , com implicações para o doente . A tratar uma úlcera varicosa fico impaciente com a dor , quero despachar”	Cadeiras gabinetes desadequadas Desadequação doente/PS
“As cadeiras são horríveis ”	Cadeiras desadequadas
“As cadeiras mal concebidas, outras partidas ”	Cadeiras desadequadas/antigas

Fonte: Entrevistas

O quadro 157 espelha a indicação dada, sobre *marquesas dos gabinetes* (ver Quadro 157).

Quadro 150 — Ideia mais relevante sobre *marquesas dos gabinetes*

IDEIA MAIS RELEVANTE	PALAVRAS-CHAVE
“Segurança prevenção de lesões músculo-esqueléticas , não existem marquesas de elevação nalguns gabinetes , as colegas trabalham o dia todo de rabo para o ar”	Marquesas desadequadas (não previnem lesões músculo-esqueléticas PS)

Fonte: Entrevistas

As *cadeiras dos gabinetes* são desadequadas. Não favorecem a **prevenção** de **lesões músculo-esqueléticas** nem um bom **posicionamento sentado**, quer para o **profissional de saúde**, quer para o **doente**. Também se ouviu uma indicação de um enfermeiro da USF Terra Viva sobre a desadequação das *marquesas dos gabinetes*, que também não previnem as lesões músculo-esqueléticas do profissional. As cadeiras e as marquesas foram olhadas no sentido da segurança do doente, mas também do profissional — e foram consideradas antigas e desajustadas a todos os tratamentos que as unidades disponibilizam. Um profissional de saúde desconfortável num tratamento não trará segurança ao doente (Quadro 156 e 157).

Um enfermeiro falou do *material usado para tratamentos* (ver Quadro 158).

Quadro 151 — Ideias mais relevantes sobre *material adequado aos tratamentos*

IDEIA MAIS RELEVANTE	PALAVRAS-CHAVE
“Tem-se feito um esforço de rever as práticas do uso de material e equipamento de proteção individual ”	Esforço revisão prática material/ equipamento proteção individual

Fonte: Entrevistas

Parece existir “um esforço” na **revisão sistemática** de **práticas** ao nível de **material** e **equipamento** de **proteção individual** em uso pelos profissionais (Quadro 158).

Compreendeu-se que a **origem** de problemas associados ao *Equipamento e Material usado na Unidade de Saúde* se centram no **profissional de saúde** nas seguintes **exposições conhecidas**: *uso desadequado de material de proteção individual, desconforto ao fazer tratamentos*. Ou seja, antes de **qualquer evento adverso**, o profissional de saúde na unidade de saúde (**origem**) pode e deve servir de **barreira direta** de obstrução à **exposição conhecida**, devendo para isso: *usar material de proteção individual de modo sistemático e validar a adequação do material, sobretudo em pessoas com baixa funcionalidade e crianças*.

O **doente** também é uma **origem** para algumas **exposições** conhecidas, *interrupção ao profissional de saúde*, facilitando o uso errado de material nos procedimentos e tratamentos e no *desconforto ao receber tratamentos* pelas condições do equipamento da unidade de saúde.

Por isso deve ser *sensibilizado para a não-interrupção do profissional*, a organização deve *criar pequenas barreira humanas que limitem acesso/interrupção profissional de saúde*, sob pena de este fazer um uso desadequado do material de que dispõe. Relativamente à **Unidade de Saúde**, *as cadeiras e as marquesas são antigas e desadequadas a todos os atendimentos feitos nas unidades de saúde*. Ou seja, deve-se proativamente e sistematicamente *validar o material desadequado para pessoas com pouca funcionalidade e crianças*.

Sintetizando, os **eventos adversos** de *equipamento e material usado na Unidade de Saúde* centram-se na desadequação das *cadeiras e marquesas usadas nos tratamentos* e na desadequação do *material usado nos tratamentos*. Por isso, as **soluções** para eventos adversos deste grupo relacionam-se sobretudo com o *material e equipamento usado na unidade de saúde*. A *aquisição progressiva de equipamentos adequados tratamentos das unidades* e o *alerta ao doente face à desadequação do material e equipamento* servem causas ligadas às *marquesas e cadeiras dos gabinetes*. Fazer *formação profissional de saúde sobre importância do uso correto de material de proteção individual* é crucial para ajudar o profissional na sistematização de que é urgente a *adequação do material aos tratamentos que realiza*. Além de **barreiras na origem**, o **Centro de Saúde do Cartaxo** na implementação de **possíveis soluções** transversais deve alinhar-se constantemente aos **eixos estratégicos** do **PNSD**, concretamente: (1) *assegurar a cultura de segurança do ambiente interno*, (2) *aumentar a segurança da comunicação* e (3) *prevenir e controlar infeções e resistências aos antimicrobianos*. As soluções para causas de equipamento e material usado na unidade de saúde foram sistematizadas na legenda (ver Quadro 159).

Quadro 152 — Soluções possíveis para eventos adversos de equipamento e material usado unidade de saúde

Soluções possíveis para eventos adversos Equipamento e Material usado Unidade de Saúde	Legenda
Adquirir progressivamente equipamentos adequados tratamentos disponíveis unidades saúde	✘
Fazer formação profissional de saúde sobre importância uso material proteção individual	◇
Alertar doente desadequação material/equipamento unidade de saúde	*

Fonte: Entrevistas

A legenda permitiu sistematizar a taxonomia de eventos adversos do Centro de Saúde do Cartaxo de causas do *equipamento e material unidade de saúde* descritas (ver Tabela 42).

Tabela 40 — Taxonomia de Eventos Adversos por causas de equipamento e material unidade de saúde

<i>Equipamento e Material usado Unidade de Saúde</i>		Soluções possíveis eventos adversos			
Causas possíveis de eventos adversos	Σ	✘	◇	*	Total
Cadeiras Gabinetes	3	×		×	2

Marquesas Gabinetes	1	×	×	2
Material adequado tratamentos	1		×	1
	5			

Fonte: Entrevistas e Adaptado de Ribas (2010)

A figura 18 sintetiza os dados do grupo *equipamento e material unidade de saúde*, dando uma “fotografia” exata do que, foi encontrado, no Centro de Saúde do Cartaxo¹⁸

(11.) Diagnóstico

A categoria *diagnóstico* do Centro de Saúde do Cartaxo corresponde às indicações dadas pela USF D. Sancho I, a única unidade onde profissionais de saúde diferentes indicaram o assunto, dando três indicações em três subcategorias, 0,8 % de dados (ver Tabela 43).

Tabela 41 — Causas do Diagnóstico da Taxonomia de EA do Centro de Saúde do Cartaxo

		Ocorrências
DIAGNÓSTICO	1. Troca identificação doente	1
	2. Interpretação incorreta resultados	1
	3. Não realização procedimento rastreio	1
		Σ3

Fonte: Entrevistas

Compreendeu-se que a **origem** de problemas de *diagnóstico* se centra no **profissional de saúde** na **Unidade de Saúde**, sobretudo nas seguintes **exposições conhecidas**: *não confirma os dados do doente na admissão; não faz assertivamente a triagem entre diagnóstico urgente e não urgente e lê os dados do doente muito depressa*. Ou seja, antes de **qualquer evento adverso**, o profissional de saúde pode e deve servir de **barreira direta à exposição conhecida**, devendo para isso: *re-certificar que o diagnóstico é associado ao doente certo; validar o diagnóstico do doente, enquadrando-o nos Cuidados de Saúde Primários; ler/reler rigorosamente os dados do doente dentro do tempo disponível (o ideal é duas vezes); alertar o doente para a colaboração ativa no (re)certificar dos dados na admissão na unidade de saúde e na colaboração ativa, na interpretação dos dados*. Ou seja, a **organização** pode e deve difundir junto do **doente** quão importante é normalizar comportamentos face a *diagnóstico*, reforçando a importância do diagnóstico certo à pessoa certa.

As possíveis causas de **eventos adversos** de *diagnóstico* são devidas à **assertividade** da **triagem** entre **doentes urgente** e **não urgentes**, à *não-realização de procedimentos de rastreio*, ao **rigor** dos **cuidados**, à *interpretação de resultados*, que não “sendo a correr” podem propiciar **diagnóstico incorreto**. As causas do *diagnóstico* também se aliam à *troca identificação do*

¹⁸ (ver Apêndice D)

doente pela possibilidade de o **registo** do **diagnóstico** ser feito no **processo errado** (profissional só confirma o primeiro e último nome e não junta a data de nascimento), situação esta que precisa de nivelamento numa unidade em acreditação.

Tendo em conta o **supracitado**, sugerem-se algumas **soluções** para eventos adversos de *diagnóstico*. Tanto a *disponibilização de sistemas de apoio à decisão*, como o *encorajamento do doente a participar ativamente no processo* são soluções que servem todas as causas encontradas. A *introdução de alertas e follow-ups de resultados anormais*; a *minimização do uso de instruções verbais ou telefónicas* e a *verificação sistemática da identidade dos doentes, cruzando mais do que um dado identificação (exº: nome/data nascimento)*, podem adjuvar na prevenção da *troca de identidade dos doentes* ou da *interpretação incorreta de resultados*.

Outra solução, que pretende prevenir a *interpretação incorreta de resultados*, passa por *normalizar a nomenclatura e interpretação de exames*. Para a questão da *troca de identidade dos doentes*, sugere-se, ainda, a *elaboração de panfletos/letreiros a distribuir pelas unidades saúde, sensibilizando o doente para a importância da sua colaboração ativa na (re)certificação de dados pessoais, assim como na sua atualização no processo de saúde*. Para além da sua ação em **barreiras na origem**, o **Centro de Saúde do Cartaxo** deve, na implementação de **possíveis soluções** transversais, alinhar-se constantemente com os **eixos estratégicos do Plano Nacional de Segurança do Doente**, concretamente: (1) *assegurando a identificação inequívoca do doente*, (2) *aumentando a cultura de segurança no ambiente interno da organização* e (3) *aumentando a segurança da comunicação*.

As soluções para diagnóstico foram sistematizadas na legenda (ver Quadro 160).

Quadro 153 — Soluções possíveis para eventos adversos de diagnóstico

Soluções possíveis para eventos adversos Diagnóstico	Legenda
Disponibilizar sistemas de apoio à decisão	◇
Encorajar o doente a participar ativamente no processo	*
Introduzir alertas e follow-ups de resultados anormais	▲
Minimizar o uso de instruções verbais ou telefónicas	❖
Normalizar a nomenclatura e interpretação de exames	✕
Verificar sistematicamente a identidade dos doentes, cruzando mais do que 1 dado de identificação (exº: nome/ data nascimento)	▽
Elaborar panfletos/letreiros a distribuir pelas unidades de saúde, sensibilizando o doente quanto à importância da sua colaboração ativa na (re)certificação/atualização dos seus dados pessoais no processo de saúde	◊

Fonte: Entrevistas

A legenda permitiu sistematizar a taxonomia de eventos adversos ocorrentes no Centro de Saúde do Cartaxo, de causas referentes ao *diagnóstico*, anteriormente descritas (ver Tabela 44).

Tabela 42-Taxonomia de Eventos Adversos relacionados com o diagnóstico

<i>Diagnóstico</i>		Soluções possíveis eventos adversos							
Causas possíveis de eventos adversos	Σ	◇	*	▲	◆	✘	▽	◇	Total
Troca da identidade do doente	1	×	×	×	×	×	×	×	7
Interpretação incorreta dos resultados	1	×	×	×	×	×	×		6
Incumprimento do procedimento do rastreio	1	×	×						2
	3								

Fonte: Entrevistas e Adaptado de Ribas (2010)

A figura 19 sintetiza os dados observados, sobre o grupo *diagnóstico*, dando uma “fotografia” exata do que foi encontrado, no Centro de Saúde do Cartaxo ¹⁹.

A **quarta área chave** prende-se com o *desenvolvimento de sistemas de notificação de eventos adversos*.

4.4 DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Na **quarta área-chave**, o objetivo é **compreender** o *desenvolvimento de sistemas de Notificação de Eventos Adversos*, o qual é demonstrado nas frases mais representativas sobre o assunto (ver Quadro 161).

Quadro 161 — Frases representativas sobre *desenvolvimento de sistemas de notificação de eventos adversos*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Aqui não é difícil descobrir quem notifica: o contexto é fechado, pequeno; somando dois mais dois percebe-se”
“A notificação é-nos eticamente incutida; os colegas estão despertos. Mas depende muito das unidades, das equipas. A acreditação ajuda nas respostas, no movimento contínuo que obriga a sair da zona de conforto”
“A notificação tem um objetivo positivo e importante. Mas em Portugal encara-se negativamente a mudança — tal como no caso da avaliação de desempenho, que, apesar de ser algo positivo, é vista negativamente pela sociedade”

Fonte: Entrevistas

Para obter o conhecimento sobre a área chave, subdividiu-se esta mesma área em dois temas:

- (f) *Notificação de eventos adversos*
- (g) *Plataforma Notific@ de eventos adversos*

4.4.1 (f.) *Notificação de Eventos Adversos*

O objetivo que serve de mote para o **tema (f)** consiste na **descrição** da evolução dos sistemas de notificação de eventos adversos nos Cuidados de Saúde Primários. Para tal, fizeram-se duas questões: *qual a sua opinião sobre a notificação voluntária e anónima de*

¹⁹ (ver Apêndice D)

eventos adversos no decorrer da atividade profissional? e já notificou eventos adversos por outro meio que não a plataforma Notific@? As respostas conduziram a 118 indicações, divididas em cinco categorias:

- (1.) *Cultura de assunção do evento adverso;*
- (2.) *Preparação para a assunção do evento adverso;*
- (3.) *Preparação para notificação do evento adverso;*
- (4.) *Importância dos sistemas notificação de eventos adversos*
- (5.) *Eventos adversos notificados por outro meio que não a Plataforma Notific@.*

(1.) Cultura de assunção do evento adverso

Sobre a *cultura de assunção do evento adverso nos Cuidados de Saúde Primários* somaram-se 53 indicações, subdivididas em duas subcategorias, a *perspetiva negativa* com 29 indicações e a *perspetiva positiva* com 24 indicações. Todos os participantes indicaram o assunto pelo menos uma vez. Sobre a *perspetiva negativa da cultura de assunção do evento adverso* selecionaram-se as frases mais representativas (ver Quadro 162).

Quadro 154 — Frases representativas sobre a *perspetiva negativa da cultura de assunção do evento adverso*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“As pessoas deviam estar preparadas, mas elas lidam muito mal e não assumem os seus erros”
“A pessoa hoje em dia vai logo ao livro de reclamações ou à comunicação social, não creio que para assumir o evento”
“É difícil o profissional admitir o erro — admitir que teve uma atitude menos correta, que conduziu a um evento adverso”

Fonte: Entrevistas

Identificaram-se as afirmações mais relevantes sobre a *perspetiva negativa da assunção do evento adverso* (Quadro 163).

Quadro 155 — Ideias mais relevantes sobre *perspetiva negativa da assunção do evento adverso*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Pessoas mal preparadas; lidam muito mal; não assumem erros; culturalmente, não se assume; cultura não funciona”	Falta de preparação da assunção EA/Culturalmente não se assume/Falta de credibilidade
“Difícil o profissional assumir, admitir culturalmente”	Difícil culturalmente PS assumir EA
“Tendencialmente centra-se o que se faz mal no outro”	Centramos EA no outro

Fonte: Entrevistas

As indicações dadas sobre a *perspetiva negativa* deram a conhecer que, em termos **culturais**, a **admissão do evento adverso** parece muito **difícil**, pois, além de faltar preparação, os **profissionais ainda lidam** mal com esta admissão, sendo que essa **forma de estar** é vista como “**disfuncional**”, e considerada “pouco credível”. Parece **difícil mudar a cultura instalada**, cuja tendência é “centrar o evento adverso na pessoa que o cometeu”. Ou seja, **centrar** a culpa do **evento adverso** na pessoa que o cometeu até pode ser mais fácil, mas vem

beneficiar ainda mais a **culpabilização** e a involução do **sistema**. Em suma, torna-se urgente **modificar paradigmas**, assim como a **cultura instalada** de não-assunção (Quadro 163).

Sobre a *perspetiva positiva da cultura de assunção do evento adverso* selecionaram-se as frases mais representativas (ver Quadro 164).

Quadro 156 — Frases representativas da *perspetiva positiva da cultura de assunção do evento adverso*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Não devemos tapar o sol com a peneira, não nos leva a lado nenhum. Há que assumir o evento”
“A pessoa do lado também pode ter o mesmo evento adverso, os mesmos sentimentos. Se calhar todos juntos poderemos perceber o que fazer para os evitar. É preciso partilhar com pares e informar o doente”
“Olha, eu não posso falar pelos outros, mas por mim sim: estou preparada para assumir o que estiver menos bem”

Fonte: Entrevistas

Da informação transmitida pelos participantes conheceram-se as afirmações mais relevantes e palavras-chave sobre a *perspetiva positiva da assunção do evento adverso* (ver Quadro 165).

Quadro 157 — Ideias mais relevantes sobre *perspetiva positiva da assunção evento adverso*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“A pessoa do lado pode ter o mesmo erro e sentimentos , o que ajuda a aprender ”	Mesmo EA/ Sentimentos Assumir evento/partilha com pares ajuda a aprender
“ Partilhar com pares e informar utentes facilita aprendizagem ”	Informar doente facilita aprendizagem
“ Preparada para assumir , ajuda olhar <i>perspetiva doente</i> . Assumir claramente o evento adverso ajuda na comunicação com o doente e com família . Nem sempre é fácil, mas ajuda a aproximar-nos das exigências de informação do doente de hoje ”	Preparação assumir/olhar <i>perspetiva doente/comunicação doente/família</i> Alinhamento exigências/informação doente

Fonte: Entrevistas

Das 24 indicações sobre a *perspetiva positiva da assunção do evento adverso*, seis profissionais de enfermagem de todas as unidades indicaram que a **assunção do evento adverso** ajuda na **aprendizagem**, quer numa *perspetiva individual*, quer numa *perspetiva de equipa* e de **partilha** com os **pares**, os quais têm sentimentos iguais — ou seja, “assumir ajuda (e muito) a aprender”.

Da Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I, seis profissionais enfermeiros indicaram que, a **preparação** para **assumir** o evento adverso faz com que o sistema se centre no doente, e que o **profissional de saúde observe** o **doente** de uma outra forma — “com outros olhos”.

Ainda numa *perspetiva positiva*, conheceram-se assuntos com duas indicações cada: *alinhamento do sistema com a exigência e informação do doente; favorecimento da evolução do tema; facilitação da resistência à mudança; salvaguarda do profissional e favorecimento da comunicação entre profissional de saúde, doente e família* — ideias que se interligaram e totalizaram dez indicações. Das ideias retém-se que, hoje em dia, tanto o doente como a **família detêm** um **nível de informação** e **exigência diferentes**, o que exige do profissional de saúde um “esforço” acrescido de **comunicação**, que deve englobar a **assunção de eventos adversos**.

Ao assumir um evento adverso, melhora-se a **resistência** à **mudança** e **salvuarda-se profissionais de saúde** e sistema de saúde (Quadro 165).

(2.) *Preparação para assunção do evento adverso*

Dos 40 profissionais de saúde, 17 assinalaram a *preparação para a assunção do evento adverso*, ou seja: menos de metade indicou o assunto. Desse total, dez profissionais disseram que *existe preparação para a assunção do evento adverso*, e sete afirmaram que *não existe preparação para a assunção do evento adverso* (ver Quadro 166).

Quadro 158 — Frases representativas sobre a *preparação para a assunção do evento adverso*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Não existe ninguém que não erre. Deve pensar-se que teremos de estar preparados para partilhar o erro, pois não adianta sofrer em silêncio por um erro cometido”
“Pode ser muito positivo, pois as pessoas podem sem quaisquer constrangimentos falar sobre o que aconteceu”
“Eu acho que sim, de uma forma geral já estamos preparados para a cultura de assunção do evento adverso”

Fonte: Entrevistas

Sobre a *preparação para assunção de um evento adverso* assunto sintetizaram-se as ideias mais relevantes e as palavras-chave respetivas (ver Quadro 167).

Quadro 159 — Ideias relevantes e palavras-chave sobre a *preparação para a assunção do evento adverso*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“ Temos de pensar que teremos de estar preparados para partilhar, não sofrer em silêncio por um erro cometido ”	Temos de estar preparados partilha EA Não sofrer em silencia com EA
“ Positivo, sem constrangimentos falar sobre o que aconteceu”	Positivo assumir EA sem constrangimento
“ Estamos preparados para essa cultura ”	Preparados cultura assunção EA

Fonte: Entrevistas

As dez indicações de profissionais de saúde de todas as unidades funcionais mostram que o **profissional** tem de estar **preparado** para **assumir** o **evento adverso**, pois “não adianta sofrer em silêncio”. Os profissionais indicaram que **existe preparação** para a **assunção** de uma **cultura** que analise **proativamente** o **evento adverso**, e que venha facilitar a **confissão** sem **constrangimentos, assumindo positivamente** o que correu menos bem (Quadro 167).

A *não-preparação do profissional de saúde para a assunção do evento adverso* foi indicada por sete profissionais de saúde (ver Quadro 168).

Quadro 160 — Frases representativas sobre a *não preparação para a assunção do evento adversos*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Culturalmente é difícil a pessoa aceitar que algo está menos bem; tem-se medo de falhar, de aceitar que algo está menos bem. Acho que ainda não está instituído”
“É muito difícil o profissional assumir ou admitir que errou, que teve uma atitude menos de acordo com o estabelecido”
“Se calhar as pessoas não estão muito preparadas para errar ou assumir que erraram; eu acho que a maioria de nós tem tendência a desculpabilizar o próprio erro, e, se calhar, centrar um bocado a causa no outro”

Fonte: Entrevistas

Sintetiza-se o que foi dito por quem indicou que *não existe preparação para a assunção do evento adverso* (ver Quadro 169).

Quadro 161 — Frases representativas face à *não preparação para a assunção do evento adverso*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“As peessoas têm medo de falhar , de aceitar que algo está menos bem. Acho que ainda não está instituído ”	Medo de falhar Não instituída a preparação para assumir
“É muito difícil o profissional assumir ou admitir que errou , que teve uma atitude menos de acordo com o estabelecido”	Profissional tem dificuldade em assumir erro
“As peessoas não estão muito preparadas para errar e assumir ”	Falta preparação errar e assumir erro/EA

Fonte: Entrevistas

Na perspetiva dos **enfermeiros e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, não está instituída a preparação para assumir**, pois ainda existe **medo** da **falha**. Existe falta de “preparação para se assumir que se errou” (Quadro 169).

E se, por um lado, se deve assumir o evento adverso, deve-se, por outro lado, notificar. É crucial conhecer a *preparação* dos profissionais de saúde para *notificar o evento adverso*.

(3.) *Preparação para a notificação do evento adverso*

Apresentam-se, em seguida, as frases mais representativas das 11 indicações sobre a *preparação para a notificação do evento adverso*, facultadas por dez participantes (menos de metade): sete sobre *existir preparação* e quatro sobre *não existir preparação* (ver Quadro 170).

Quadro 162 — Frases representativas face à *preparação para notificação do evento adverso*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Disponível para tarefas não-obrigatórias, para a notificação dos eventos adversos”
“Acho que sim, que a equipa tem maturidade para isso, também porque é uma forma de aprendizagem e de reflexão”
“Acho que é importante notificar porque só assim se poderá prevenir este tipo de ocorrência”

Fonte: Entrevistas

Das sete indicações dadas sobre *existir preparação para a notificação do evento adverso* juntaram-se as ideias mais relevantes e as palavras-chave (ver Quadro 171).

Quadro 171 — Frases representativas face à *existência de preparação para notificação do evento adverso*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Muito mais preparados ; depois da acreditação ainda mais ”	Preparados, Acreditação favorece
“A equipa tem maturidade para isso ; é uma forma de aprendizagem , de reflexão ”	Equipa com maturidade notificação EA Aprendizagem, Reflexão
“Acho que é importante notificar porque só assim se poderá prevenir este tipo de ocorrência”	Notificação ajuda prevenção EA

Fonte: Entrevistas

As indicações sobre *existir preparação para a notificação do evento adverso* surgiram da Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I e da Unidade de Cuidados na Comunidade. Os profissionais disseram estar **preparados**, e afirmaram que a **Acreditação em Saúde** e a **maturidade da equipa favorecem** a preparação. A possibilidade de notificação favorece a **aprendizagem**, a **reflexão** e a **prevenção de eventos adversos** (Quadro 171).

Selecionaram-se, igualmente, as frases mais representativas acerca da *não preparação para a notificação do evento adverso* (ver Quadro 172).

Quadro 163 — Frases representativas face à *não preparação para notificação do evento adverso*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Tanto registo e programas com que lidamos obrigatória e diariamente... Hoje em dia informatizam-se todas as áreas, passa-se um dia inteiro ao computador. Deixa de existir motivação para procedimentos facultativos”
“Eu acho que não estamos preparados. Se soubesse que teria implicações, eu não sei se reportaria — tu achas que sim? Sendo obrigatório, acho que não faríamos... É tudo muito subvalorizado”

Fonte: Entrevistas

As ideias mais relevantes e as palavras-chave aprofundam o conhecimento sobre as quatro indicações referentes à *não preparação para a notificação do evento adverso* (ver Quadro 173).

Quadro 164 — Frases representativas face à *não existência preparação para a notificação do evento adverso*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Entre tanto registo obrigatório e diário, falta muita motivação para procedimentos que são facultativos ”	Falta motivação para acções facultativas PS diariamente muitos registos
“Se soubesse que teria implicações , eu não sei se reportaria . Mesmo sendo obrigatório , acho que é tudo muito subvalorizado a este nível . Existe pouca informação e pouco enquadramento ”	PS não reporta pelas implicações Subvalorizada notificação Pouca informação/Enquadramento

Fonte: Entrevistas

Nas quatro indicações entendeu-se que existe uma **subvalorização da notificação**, que é um **procedimento facultativo** comparativamente a outros procedimentos e registos obrigatoriamente diários, o que beneficia a sua “não-utilização”. Outro problema apontado consiste nas **implicações** para o profissional que **notificar**, dada a “**pouca informação e enquadramento sobre o assunto**” (Quadro 173).

Em suma, **não se encontrou uniformidade** de opinião relativamente à *preparação para a notificação do evento adverso*. Apesar de, modo geral, haver maior preparação para notificar o evento adverso, ainda existe quem não esteja preparado para o fazer sistematicamente na sua prática profissional.

(4.) *Importância dos sistemas de notificação de eventos adversos*

Conheceu-se a opinião dos profissionais de saúde sobre a *importância dos sistemas de notificação de eventos adversos* — um assunto com 32 indicações, 26 associadas a um *sistema positivo e importante* e 6 indicações associando-o a um *sistema não positivo/não importante* (Quadro 174).

Quadro 165 — Frases representativas da *importância dos sistemas de notificação de eventos adversos*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“É fundamental para a acreditação/qualidade das unidades de saúde, bem como para a melhoria dos serviços, conhecermos efetivamente os problemas que existem”
“Não deve servir só para o conhecimento, mas para mudar algo — para efetivamente mudar situações recorrentes”
“Eu acho que sim, que a equipa tem maturidade para isso, talvez devido à complexidade de situações que enfrentamos todos os dias”

Fonte: Entrevistas

Sobre o assunto selecionaram-se as ideias mais relevantes e palavras-chave das 26 indicações sobre os sistemas de notificação que são *positivos e importantes* (ver Quadro 175).

Quadro 166 — Ideias relevantes sobre *sistemas notificação de eventos adversos positivos*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“É importante para a qualidade das unidades de saúde e para a melhoria dos serviços conhecer os problemas que existem . É muito importante e é bom . Se virmos bem, até protege o profissional ”	Importante/Bom Qualidade US, serviços Conhecer problemas Protege o profissional
“ Não deve servir só para o conhecimento , mas também para mudar algo , para efetivas mudanças , para perceber situações recorrentes ”	Serve conhecimento e a mudança Mudança efectiva situações recorrentes
“Equipa tem maturidade para isso, dada a complexidade de situações que enfrenta diariamente. É muito importante e pertinente ”	Complexidade situação PS dia-a-dia

Fonte: Entrevistas

Das indicações positivas, 12 sugerem que é **importante**, sete que é **muito importante**, quatro que é **pertinente** e três que é **bom**. O sistema de notificação de eventos adversos tem beneficiado a **qualidade** de **serviços** das **unidades de saúde**, que passaram a conhecer melhor os **problemas**, as **situações recorrentes**, e quais as situações que se afiguram mais **complexas** (Quadro 175).

As ideias mais relevantes e palavras-chave sobre o *sistema de notificação de eventos adversos ser negativo ou pouco importante* foram sintetizadas (ver Quadro 176).

Quadro 167 — Ideias relevantes sobre *sistemas notificação de eventos adversos não negativos*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“O profissional desvaloriza as plataformas anónimas . Sem tempo para tarefas não-obrigatórias , a notificação de eventos adversos não é importante , nem o são as reservas, dúvidas , ou reclamações”	PS desvaloriza plataformas anónimas (mau) falta tempo tarefas não obrigatórias Notificação não obrigatória/ reservas/ dúvidas
“ Resistência à mudança ; acabamos por conseguir que avancem; depende realmente de cada um ”	Grande resistência mudança (depende cada um) Não importante
“Depende muito de pessoa para pessoa , e acima de tudo da maturidade das equipas . Não protege o profissional ”	Vontade individual de cada profissional saúde Maturidade das equipas

Fonte: Entrevistas

O sistema de notificação de eventos adversos foi *associado a um sistema negativo e não importante* em seis indicações de seis profissionais diferentes. Com três indicações os profissionais indicaram que é **mau** e com três indicações que levanta **muitas dúvidas** e **reservas** ao profissional de saúde. Visivelmente, o profissional desvaloriza as **plataformas anónimas não-obrigatórias**, que são pouco usadas, por **falta** de **tempo**. O facto de **não** serem **obrigatórias** parece **não favorecer** a utilização, que fica dependente da **maturidade** individual, variável entre diferentes pessoas. Os seis profissionais de saúde transmitiram a ideia de que a notificação **não protege o profissional** (Quadro 176).

(5.) *Eventos adversos notificados por outro meio que não a Plataforma Notific@*

Sobre os *eventos adversos notificados por outro meio que não a Plataforma Notific@* sintetizaram-se frases representativas e palavras-chave (ver Quadro 177).

Quadro 168 — Frases representativas sobre *eventos adversos notificados por outro meio que não a Plataforma Notific@*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Uma algaliação numa senhora anquilosada; a anca fraturou ”	Algaliação/Fratura anca
“Um puxar do braço para ver uma tensão ; parti o úmero ”	Puxar braço tensão arterial/Fratura úmero
“ Doente ofendeu-me estando eu grávida; disse que não atendia; chamou-me nomes caluniosos na minha prestação profissional; "grande barriga"”	Agressão verbal de um doente a um PS que estava grávida
“Fiz uma nota de ocorrência duma situação . Um doente tentou agredir-me e eu notifiquei e disse que não atendia”	Nota ocorrência Tentativa agressão PS
“Falei a um utente dos piolhos , a pessoa não aceitou bem a minha advertência . Era uma grávida . Falei com o chefe ”	Advertência PS grávida piolhos Comunicação verbal superior hierárquica

Entrevistas

A informação sobre a *notificação de eventos adversos notificados por outro meio que não a plataforma Notific@* deu a conhecer cinco situações diferentes, duas relativas ao **domicílio** (uma **algaliação** e uma **fratura** de **braço** após medição da tensão arterial) e três referentes à **unidade de saúde** (um **alerta** do profissional de saúde a uma **grávida** sobre a possibilidade de **piolhos** e duas situações de **ofensa física** e **verbal** do **doente** ao **profissional de saúde**) notificadas ao superior hierárquico **verbalmente** e por **escrito** (Quadro 177).

4.4.2 (g.) *Plataforma Notific@ de Eventos Adversos*

O segundo tema da quarta área chave favorece o conhecimento dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo sobre a *Plataforma Notific@ de eventos adversos da Direção Geral da Saúde*. Os objetivos específicos passam por **esclarecer** o seu uso nos Cuidados de Saúde Primários e **identificar** os eventos adversos notificados no Centro de Saúde do Cartaxo nesta Plataforma. Para tal, fizeram-se questões sobre o *conhecimento ou desconhecimento enquanto cidadão e/ou profissional?, a conclusão ou não de alguma notificação na Plataforma?, a explicação breve sobre os eventos adversos notificados através da Plataforma Notific@ e a opinião sobre a Plataforma Notific@?*

Contabilizaram-se 79 indicações em quatro categorias:

- (1.) Conhecimento, enquanto cidadão/profissional, da Plataforma Notific@;
- (2.) Acesso à Plataforma Notific@;
- (3.) Opinião sobre a Plataforma Notific@;
- (4.) Eventos adversos notificados na Plataforma Notific@.

(1.) Conhecimento cidadão/profissional da Plataforma Notific@

As frases mais representativas sobre o conhecimento da Plataforma Notific@ enquanto cidadão e/ou profissional foram resumidas (ver Quadro 178).

Quadro 169 — Frases representativas conhecimento cidadão/profissional da Plataforma Notific@

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Não, nunca reporte. É uma plataforma da Direcção Geral da Saúde? Ok, vou ver, vou ver”
“Nunca ouvi falar na Plataforma Notific@. Não tenho conhecimento. Nunca notifiquei. Não preciso é nenhuma password, nem uma senha para entrar?” “Não, nunca reporte. É da Direcção Geral da Saúde? Ok, vou ver”
“Acho que sim, acho importante. A acreditação dá muito trabalho, mas abre os olhos para muitas coisas”

Entrevistas

As ideias mais relevantes e palavras-chave sobre o conhecimento cidadão/profissional da Plataforma Notific@ foram organizadas com base nas 21 indicações dadas (ver Quadro 178).

Quadro 170 — Ideias mais relevantes sobre o conhecimento cidadão/profissional da Plataforma Notific@

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Nunca reporte. Da Direcção Geral da Saúde?”	Desconhecimento plataforma/notificação
“Nunca ouvi falar Plataforma Notific@. É preciso uma password?”	Nunca ouviu falar
“Acho importante. A acreditação dá a conhecer”	Notific@ importante para acreditação

Fonte: Entrevistas

Do grupo, 21 profissionais de saúde disseram conhecer a **plataforma Notific@** enquanto **profissionais de saúde**, e dez sabiam que poderiam usá-la enquanto **cidadãos**. Ou seja, **nenhum profissional de saúde conhece** ou usa a **plataforma apenas enquanto cidadão**. Ou a conhecem numa perspetiva profissional, ou, então, numa perspetiva que é cumulativa (profissional e cidadão), destacando-se o desconhecimento na perspetiva de cidadão. A **Acreditação em Saúde** é a melhor forma de ficar a conhecer a **Plataforma Notific@** (Quadro 179).

(2.) Acesso à Plataforma Notific@

A segunda categoria compila informação sobre o *acesso dos profissionais de saúde à plataforma Notific@* (ver Quadro 180).

Quadro 171 — Frases representativas sobre acesso à Plataforma Notific@

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Não, nunca reporte. É uma plataforma da Direcção Geral da Saúde? Ok, vou ver, vou ver”
“Todos os profissionais da USF conhecem e estão disponíveis para notificar. Se necessário, notifica-se. Nós já o fizemos no ano passado; isto começou agora, há relativamente pouco tempo, mas nós já notificámos coisas lá”
“A plataforma não está muito funcional... Experimentei no início de 2014; não sei como é que está agora”

Entrevistas

Para adequar o conhecimento face ao *acesso à Plataforma Notific@* assinalam-se três ideias mais relevantes, assim como palavras-chave, retiradas das 10 indicações obtidas (ver Quadro 181).

Quadro 172 — Frases mais relevantes sobre o acesso Plataforma Notific@

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Sim, já se começa a notificar; quando é preciso acedo e notifico”	Começo notificar/Acede necessidade
“Na formação do ACES vi como se fazia, mas nunca fiz”	Formação ACES/Nunca acedeu
“Já experimentei, mas não cheguei até ao fim, foi só para vez como se fazia”	PS experimentou aceder plataforma Notificação não concluída

Fonte: Entrevistas

Dos 40 profissionais de saúde, oito **concluíram** uma notificação na **plataforma Notific@** e dois profissionais acederam à plataforma para ver como se fazia, sem finalizar o processo. Soube-se, ainda, que dois profissionais de saúde viram fazer uma notificação na formação em segurança do doente dada pelo Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria, mas sem terem experimentado notificar, nem mesmo ficticiamente. A Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I altera o panorama do Centro de Saúde do Cartaxo, pois os profissionais que usam a Plataforma como **ferramenta de trabalho** são **enfermeiros** nesta unidade, e estão envolvidos num processo de **Acreditação em Saúde**. Nesta unidade, quem menciona não ter usado a Plataforma no último mês, indica que não existiu necessidade de o fazer, e que tenciona usar sempre que necessário. Não se conheceram notificações no âmbito pessoal (Quadro 181).

(3.) Opinião sobre a Plataforma Notific@

A terceira categoria é sobre a *opinião sobre a plataforma Notific@* (ver Quadro 182).

Quadro 173 — Frases representativas da *opinião sobre a Plataforma Notific@*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Não tenho grande opinião sobre o assunto, mas tenho dúvidas relativas à confidencialidade”
“Sim, é importante. A acreditação é muito boa; dá trabalho, mas abre os olhos. Mas é pouco virada domicílios — isso é um aspeto a melhorar”
“Todos os profissionais da USF conhecem e estão disponíveis para notificar. Se for caso disso, notifica-se. Isto começou agora, há relativamente pouco tempo,, mas nós já notificámos coisas lá”

Fonte: Entrevistas

Para adequar o conhecimento relativo à *opinião sobre a Plataforma Notific@*, assinalam-se três ideias mais relevantes e as respetivas palavras-chave (ver Quadro 183).

Quadro 174 — Ideias mais relevantes da *opinião sobre a Plataforma Notific@*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Sem grande opinião; dúvidas sobre confidencialidade”	Sem opinião/dúvidas confidencialidade
“Aquém do necessário. Ainda não está bem, tem de melhorar o <i>feedback</i> das notificações feitas”	Aquém da necessidade (melhoria) Melhoria do <i>feedback</i> da notificação
“Plataforma não funcional; o profissional constrangido”	Plataforma pouco funcional/PS constrangido
“Pouco virada para domicílios e sem campo aberto para escrever situações diferentes”	Pouco virado para domicílio Sem campos abertos para situações parametrizadas

Fonte: Entrevistas

Dos 40 profissionais de saúde, 24 disseram que não têm opinião sobre a Plataforma Notific@, sobretudo porque o conhecimento que têm da mesma é só de “ouvir falar”.

Os outros 16 profissionais de saúde expressaram uma opinião sobre a Plataforma Notific@. Na sua totalidade sete têm uma opinião positiva, mencionaram que é útil e funciona bem, três têm uma opinião positiva mas indicaram que precisa de melhorias, cinco profissionais têm muitas reservas e dúvidas sobre a sua utilidade e um profissional manifestou uma opinião negativa, sobretudo pela forma como a Plataforma está construída: “não está virada para os Centros de Saúde, mais para o contexto Hospitalar”. É mais difícil **concluir uma notificação** no contexto de **domicílio** — os profissionais de saúde dizem que “dá um bocadinho mais de trabalho, dão-se mais voltas, mas faz-se”, e afirmam que “a notificação não [está] orientada para esse local, nem foi preparada para o contexto de domicílio”. Foi também mencionado que a plataforma **não tem campos abertos** para que se possa escrever para além daquilo que está **parametrizado**. É uma plataforma que ainda está **pouco funcional**, está **aquém** das **necessidades**, que **levanta dúvidas** relativamente à **confidencialidade** e ao **feedback**, ficando ainda muito **aquém** da **expetativa** dos profissionais de saúde (Quadro 183).

(4.) *Eventos adversos notificados pela Plataforma Notific@*

Nas entrevistas conheceram-se os eventos notificados na Plataforma Notific@ mostrados nas frases mais representativas (ver Quadro 184).

Quadro 175 — Frases representativas sobre *eventos adversos notificados pela Plataforma Notific@*

FRASES MAIS REPRESENTATIVAS
“Algo grave, que me preocupou bastante, foi uma situação relacionada com as vacinas”
“A troca de doentes é para mim uma situação bastante preocupante”
“Os eventos que envolvam estudantes preocupam-me bastante”

Fonte: Entrevistas

Sobre os oito tipos de *Eventos Adversos notificados na Plataforma Notific@* indicam-se as ideias mais relevantes e as palavras-chave (ver Quadro 185).

Quadro 176-Ideias mais relevantes e palavras-chave *eventos adversos notificados pela Plataforma Notific@*

IDEIAS MAIS RELEVANTES	PALAVRAS-CHAVE
“Vacinas para o lixo estragadas, congelaram por avaria do frigorífico”	Vacinas/temperatura avaria frigorífico
“O que me aconteceu foi cair, durante uma visita domiciliária”	Queda PS visita domicílio
“Piquei-me com uma agulha no domicílio”	PS picou agulha domicílio
“Uma estagiária do 4º ano de enfermagem que administrou várias vacinas a uma criança desadequadas à sua faixa etária”	Estagiária 4º ano enfermagem Administrou vacinas erradas idade
“Falta de limpeza da sala de tratamento após atendimentos seguidos”	Falta limpeza sala tratamento seguidos
“Agressão verbal de doente psiquiátrica ao profissional de saúde”	Agressão verbal doente psiquiátrica PS
“Má técnica na aplicação de dispositivo urinário numa visita domiciliária”	Técnica dispositivo urinário/domicílio
“RAC para identificação do utente no Sinus enganado da pessoa que estava à frente; ainda levámos algum tempo a dar por isso”	Registo administrativo contato errado/doente, errado

Fonte: Entrevistas

As oito **notificações** encontradas foram **concluídas** pelo **grupo de enfermagem**, e foram, repetidamente, indicadas por diferentes profissionais de saúde da mesma unidade, sendo destacada a **entreaajuda** entre os profissionais aquando do preenchimento das **notificações** — uma **tarefa recente**. Ou seja, somaram-se 16 indicações relativas a oito notificações, concluídas tanto na unidade de saúde como no domicílio. No contexto de unidade de saúde, conheceram-se seis indicações que correspondem a dois eventos adversos diferentes, relacionados com vacinas. Um deles é relativo à **vacinação** do **doente** com a **vacina errada**, que, segundo a literatura, é motivo de preocupação, e tem, a todo o momento, uma forte probabilidade de ocorrência com qualquer profissional de saúde de enfermagem. Este tipo de evento adverso é uma grande **preocupação** deste grupo profissional, sobre tudo no grupo etário das **crianças**. Dos eventos notificados, um refere-se à ação de uma **estagiária de enfermagem** do último ano de Licenciatura, que vacinou desadequadamente uma criança, sem a devida supervisão. O outro é relativo ao **condicionamento** de **vacinas** que ficou comprometido, por uma avaria num frigorífico, um *near miss* que **alertou a equipa**, e que só não foi mais problemático pela sua deteção atempada. Depois da sua ocorrência, e de modo a evitar novas situações semelhantes, a unidade funcional solicitou à Direção do Agrupamento de Centros de Saúde a compra de **termómetros de verificação da temperatura de vacinas** para todos os **frigoríficos** — uma medida preventiva que facilitará a deteção de alterações na temperatura. Outras notificações relativas à **unidade de saúde** com quatro indicações correspondem a três notificações distintas (**falta de limpeza** das **salas** de tratamento após **vários atendimentos** seguidos, uma **agressão verbal** de uma **doente psiquiátrica** a um **profissional de saúde** e um **registo administrativo de contato errado** que conduziu à troca de doentes). Sobre o **domicílio** as seis indicações correspondem a três notificações: **queda** do profissional de saúde, **picada** com **agulhas** na **administração** de um **injetável** e uso de **uma má técnica** na **aplicação** de um **dispositivo urinário** (Quadro 185).

5. CONCLUSÃO

Com recurso ao estudo de caso do Centro de Saúde do Cartaxo do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria, a presente investigação concluiu analiticamente não só que existe um escasso conhecimento dos profissionais que contactam diretamente com o doente sobre a segurança do mesmo nos cuidados de saúde primários, mas também que os métodos usados na prática são muito intuitivos e individualizados, dada a ausência de uma orientação coordenada formal e institucional. Ao questionar o conhecimento dos principais grupos de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) das unidades de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo, que resultaria, conseqüentemente, na incorporação deste mesmo conhecimento na sua atividade profissional nos Cuidados de Saúde Primários nas áreas chave em segurança do doente, confirmou-se que esse conhecimento é pouco, e que aquele que existe é usado informalmente e de modo não-sistemático, pois não existe informação e formação suficientes, e muito menos uma rotina de atuação sobre o assunto. Globalmente, os profissionais de saúde que exercem atividade no Centro de Saúde do Cartaxo conhecem alguns conceitos, procedimentos e aspetos referentes à segurança do doente, mas este conhecimento é, ainda assim, diminuto, expondo uma necessidade urgente em diminuir o *gap* entre o conhecido e o que se faz e o que se pode fazer.

A tabela 45 resume as ocorrências obtidas nas quatro áreas chave.

Tabela 43 — Total de ocorrências por área chave de intervenção prioritária em Segurança do Doente nos CSP

Taxonomia: Classificação universal de eventos adversos	377 ocorrências
Informação e formação em Segurança do Doente	362 ocorrências
Causas de eventos adversos	244 ocorrências
Desenvolvimento de sistemas de notificação	197 ocorrências

Fonte: Entrevistas

Observando a tabela 45, surge inicialmente a seguinte questão: conhecerão *os profissionais de Saúde do Centro de Saúde do Cartaxo as principais causas de eventos adversos dos Cuidados de Saúde Primários e da unidade funciona onde exercem a sua atividade?*

Respondendo, o contexto local somou o maior número de indicações para causas de eventos adversos: 377 indicações. Sobre os Cuidados de Saúde Primários, as indicações diminuem para 244, incluídas na terceira área chave menos indicada. Ou seja, a variação no número de indicações entre o grande contexto e o contexto local, relativamente a possíveis causas de eventos adversos, representa uma diferença significativa no tipo e número de causas indicadas, refletindo, pensamos, uma maior preocupação com a segurança do local de trabalho. A informação transmitida pelos profissionais apoia-se sobretudo na experiência e percurso

profissional individual, uma vez que os profissionais de saúde não conhecem a globalidade das causas mais comuns que favorecem o evento adverso no Centro de Saúde do Cartaxo, e ainda menos conhecem as soluções ao seu dispor para os evitar ou minimizar. Ou seja, a organização não envolve o grupo de profissionais de saúde numa atuação concertada que promova a análise e conhecimento das principais causas de eventos. Uma situação que facilmente se compreende, uma vez que este é o contexto de cuidados de saúde onde menos se tem investido em segurança do doente. Tendo em conta que o desconhecimento é em si mesmo uma fonte organizacional de eventos adversos com forte prevalência, que, por sua vez, dificulta a tomada de decisão e a aceitação de medidas, a organização deverá envolver os profissionais de saúde tanto na análise como na aplicação de medidas que minimizem os eventos adversos (Ribas, 2010; The Health Foudation, 2011).

Individualmente, o conhecimento pareceu ser facilitado por parte daqueles que indicaram ter alguma formação (base, pré e pós-graduada) em segurança do doente. Alguns profissionais de saúde parecem deter a noção da base dos eventos adversos, mas efetivamente não sabem que esta assume um cariz multicausal, ignorando também a sua prevalência, e a sua gravidade, tão bem como a variação a que podem estar sujeitos — um desconhecimento com forte impacto nos Cuidados de Saúde Primários (ANVS, 2017; Faria, 2010; Vincent & Amalberti, 2016). Ou seja, seria expetável que os profissionais de saúde tivessem uma maior noção dos eventos adversos que acontecem na sua unidade funcional e nas unidades funcionais “vizinhas” que pertencem ao mesmo Centro de Saúde, mas, de facto, isto não acontece (Iglesia et al., 2014; Liu et al., 2014; Ribas, 2010).

As causas de eventos adversos com uma maior expressão nos Cuidados de Saúde Primários sucedem-se por ordem decrescente: as condições de trabalho do profissional; a articulação de serviços; os aspetos relativos à situação do doente e da sua família e o circuito do doente na unidade de saúde. As condições de trabalho foram sobretudo ligadas à pressão, ao ritmo de trabalho e ao *stress*, dimensões que o Ministério da Saúde incluiu num questionário sobre cultura de segurança nos Cuidados de Saúde Primários, a realizar em Portugal (DGS, 2017). Confirmaram-se outras causas de eventos adversos indicadas pela revisão de literatura, como as atitudes dos profissionais de saúde, o seu grau de envolvimento e de compromisso com os desafios da organização, as condições do ambiente, e a comunicação (sobretudo aquela que é estabelecida entre os diferentes actores do sistema). Também se associam à articulação (ou falta dela); à normalização de procedimentos; ao circuito do doente (desajustado ou inexistente); à falta de coordenação com outros níveis de cuidado e com serviços externos aos Centros de Saúde; por aspetos ligados ao medicamento e a vacinas, sobretudo pelo seu

armazenamento. Ou seja, confirmou-se uma origem multicausal cuja prevalência aumenta quando é conjugada com condições complexas, múltiplas e de fragilidade. Os cuidados de saúde no domicílio induzem um maior nível de *stress* e de preocupação nos profissionais de saúde (Ribas, 2010; The Health Foundation, 2011).

As causas de eventos adversos no Centro de Saúde do Cartaxo são lideradas pela *organização* que lista 33,3% de causas mais prováveis de eventos adversos, um valor que se alinha à complexidade estrutural deste contexto, comparativamente ao contexto Hospitalar, pois é neste nível de cuidados de saúde que se realizam a maior parte dos contactos entre profissionais de saúde e os doentes, e é onde se realizam cuidados de saúde em locais tão distintos quanto a estrutura de saúde, a comunidade, o domicílio. O último local é, tal como indicado na revisão de literatura, aquele que é menos conhecido, sobre o qual se fala menos ou se incorporam procedimentos de segurança do doente, pois é um local que o profissional de saúde não controla facilmente. Adicionalmente, o contexto integra muitos atores que articulam procedimentos em presença, por telefone, por correio eletrónico, etc. Articulam-se sistematicamente com outros níveis de cuidados, outros prestadores de serviços e outras instituições da comunidade, dando-se destaque ao Hospital Distrital de Santarém, à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ao serviço local de ambulâncias e ao serviço local da Segurança Social (Ribas, 2010; The Health Foundation, 2011). Por se ter escolhido uma unidade de análise que agrega todas as tipologias de unidade funcional possíveis, com finalidades distintas e em diferentes patamares organizativos, clarificou-se mais facilmente que, no Centro de Saúde do Cartaxo, acontece o que é indicado na literatura: “virar à direita ou à esquerda” pode fazer com que o doente receba cuidados de saúde com maior ou menor qualidade e segurança, fazendo sobressair dificuldades estruturais (Bate et al., 2008; Vincent, 2010). Todas as unidades funcionais indicaram o maior número de indicações de eventos adversos relativos a *organização*, à exceção da Unidade de Saúde Familiar Terra Viva onde a *capacitação* assume a dianteira dos dados e a Unidade de Saúde Pública, onde as *condições físicas e aquecimento da unidade de saúde* congregam o maior número de dados. Ou seja, diferentes alinhamentos, objetivos e necessidades parecem conduzir a preocupações com eventos adversos que são distintas, o que é compreensível, pois a finalidade/objetivo de uma Unidade de Saúde Familiar Modelo B é distinta de uma Unidade de Cuidados na Comunidade. Também relevante e diversificada é a experiência, a formação, a coesão de profissionais de saúde nas equipas (trabalho conjunto) nas unidades funcionais.

As maiores causas de eventos adversos por organização relacionam-se com o que acontece dentro do Centro de Saúde, sobretudo pela constante mudança nos circuitos e espaço

físico das unidades e das salas, que em nada ajuda a melhorar o circuito interno, deixando o doente perdido no acesso e no circuito a seguir na unidade. O doente também não entende a reforma dos Cuidados de Saúde Primários que reorganizou o Centro de Saúde em unidades funcionais — um aspeto que, ao ser conjugado com a desadequação estrutural, faz com que o doente não esteja protegido na sua funcionalidade (sobretudo se for idoso). Também se confirmou que existem pessoas sem médico de família, assim como locais em que se espera demasiado tempo por uma consulta ou pelo atendimento — um alinhamento nacional, pois uma parte substancial dos portugueses ainda não tem um médico de família atribuído. Também muito valorizado pelo doente é o tempo despendido consigo para atendimento e consulta — aspeto que o grupo médico indicou não estar acautelado em 15 a 20 minutos, sendo este um tempo insuficiente para as necessidades e procedimentos das consultas (Pisco, 2016).

Também se confirmou ser possível ocorrerem eventos adversos por falta de comunicação ou por comunicação incorreta. As redes de comunicação (definição e organização) entre profissionais e entre profissionais e doentes assumem um papel fulcral na capacitação do sistema e na melhoria da comunicação propriamente dita. A sua (re)definição poderá melhorar alguns dos maiores problemas encontrados: uma comunicação com o doente que se atrasa ou falha pelas dificuldades do doente em compreender a mensagem que lhe é transmitida pelo sistema de saúde, ou pelo profissional. Ouviu-se que existe “barulho de fundo” nas unidades, e que o *stress* não ajuda nas falhas e atrasos na comunicação que podem precipitar uma troca entre doentes. Pelo que foi indicado, não é compreensível que esteja tão dependente da vontade individual ver diariamente o correio eletrónico, um procedimento que está em mudança e é facilitador, pois as vias preferenciais de comunicação entre profissionais de saúde são o correio eletrónico, o contato direto, o telefone, o *Google talk* — simplificadores ou não-simplificadores, se conjugados em demasia. Sobre os registos clínicos, clarificou-se que existe fragmentação, e o que poderia ser uma boa ajuda se acessível a todos os profissionais de saúde pode favorecer eventos adversos, pois uma parte dos profissionais regista em suporte de papel, e outros grupos (médicos e enfermeiros) registam em sistema de informação. Também o sigilo e a confidencialidade de dados surgiram com forte destaque numa única unidade funcional — uma Unidade de Saúde Familiar Modelo B em processo de Acreditação. Os procedimentos instituídos passam por manter os armários fechados; colocar segurança nos computadores com palavra passe; e restringir a consulta de dados ao estritamente necessário. Ou seja, o processo de Acreditação em Saúde influencia a orientação coordenada em segurança do doente (Aranaz-Andrés et al., 2008; Bowie, 2010; Kalra et al., 2013; Galotti, 2004).

E, até ao momento, para além de desafios educacionais, tem-se falado de desafios estruturais e físicos (The Health Foundation, 2011). Os desafios estruturais devem-se à forma como se organizam os espaços, o circuito do doente, e todo um conjunto de procedimentos que, quando não estão organizados, parecem induzir um dia-a-dia cansativo e *stressante*. Os desafios físicos poderiam ter sido superados pela reforma estrutural nos Cuidados de Saúde Primários que veio facultar a reorganização estrutural das unidades. Mas a reestruturação dos espaços físicos fez-se sobretudo pela melhoria do espaço físico que já existia, sem recurso a construções de raiz. Das cinco unidades funcionais da investigação, a única que funciona num edifício construído de raiz nos últimos dez anos é a Unidade de Saúde Familiar D. Sancho I. Também as extensões de saúde acopladas a esta unidade saíram revigoradas na reorganização de serviços pois foram organizadas e reestruturadas. A sede no Centro de Saúde do Cartaxo, pela estrutura em sim mesma (aproveitada e reaproveitada na reorganização da reforma dos Cuidados de Saúde Primários), parece ter (na opinião dos profissionais de saúde) uma estrutura física que não favorece a interrupção de consultas e atendimentos, que isola os profissionais uns dos outros e que propicia insegurança (Bate et al., 2008; Vincent, 2010). Paralelamente à estrutura, conheceram-se aspetos ligados ao equipamento e material, às cadeiras e marquesas usadas nos gabinetes — o material de tratamentos que os profissionais de saúde não usam, sobretudo porque se esquecem. Maioritariamente os equipamentos são antigos e desadequados aos tratamentos disponibilizados pelas unidades, levando um profissional de saúde a sentir-se desconfortável ao fazer um tratamento (ex.: penso), sendo que isto pode, possivelmente, interferir com a segurança do doente. Em suma, as infraestruturas desadequadas e múltiplas em paralelo ao fluxo de trabalho fazem com que em alguns ou muitos momentos não se dê a devida atenção à segurança do doente (American Medical Association, 2011; Chenot, 2007; Fragata, 2010; Fragata & Martins, 2009; Joint Commission International, 2007; Sequeira, 2009; Sokol & Neerukonda, 2013; Sousa et al., 2010; Zwart et al., 2011). Outra preocupação que se associa a estruturas, materiais e equipamentos é a higienização, que pode favorecer a infeção cruzada (Despacho n.º 1400-A, 2015).

A medicação é outra forte preocupação do Centro de Saúde do Cartaxo, pela troca, atraso ou não-tratamento — aspeto imputado ao profissional e ao doente, pois este recorre aos serviços de saúde quando precisa, mas depois não toma o que lhe é prescrito. Também surge a preocupação com a troca de vacinas, seja pela interrupção ou pelo cansaço a que o profissional está sujeito, resultando num armazenamento e *stock* que podem ser feitos incorretamente. O registo da administração é uma forte preocupação dos enfermeiros, que afirmam que deveria ser uma garantia da qualidade não existirem administrações sem registo concluído, o que

possivelmente se deva a uma baixa recorrente dos sistemas de informação e às muitas interrupções a que o profissional de saúde está sujeito durante os procedimentos (Ribas, 2010; Pisco, 2016).

Encontrou-se algum cuidado na conjugação de pelo menos dois ou mais dados do doente, desde a entrada até à saída da organização, mas apesar da literatura indicar a importância da sistematização, o procedimento não se faz sempre do mesmo modo (Iglesia et al., 2014; Liu et al., 2014; Ribas, 2010).

As quedas são outro assunto que traz apreensão aos profissionais de saúde. Soube-se que o doente pode cair na unidade de saúde devido ao chão estar molhado, devido à falta de espaço nos gabinetes, ou devido à desadequação ou inexistência de acessos a partir do exterior, sobretudo rampas de acesso. Os equipamentos e materiais das unidades de saúde (considerados desadequados e antiquados) favorecem a queda, tal como as cadeiras desajustadas ao ciclo de vida (bebés de colo ou idosos em idade avançada), lembrando que “o mobiliário é antigo e desajustado à fraca mobilidade dos doentes”. Também a contribuir para a queda está o circuito do doente dentro do sistema, que parece estar desorganizado ou desajustado, com serviços dispersos geograficamente. Mas a grande preocupação reside no domicílio e na comunidade, sobretudo indicada pela equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade, que, pelo tipo de intervenção, se preocupa muito com o assunto, seja pela intervenção posterior à situação, seja pela prevenção que pode ser feita nas transições entre o domicílio, os serviços e as instituições. Nas transições, a equipa aplica sistematicamente a escala de *Morse*, que contribui para a prevenção. Também se fazem sistematicamente as escalas de *Braden* e *Norton* para prevenção das úlceras de pressão. Tanto prevenção de quedas como a prevenção das úlceras de pressão correspondem a assuntos estratégicos, onde a sistematicidade é maior com as úlceras de pressão do que com as quedas que preocupam sobremaneira os profissionais: “aqui com as nossas intervenções estamos muito bem nas úlceras de pressão, um acompanhamento vinte e quatro horas”. Tudo isto são ideias que corroboram os dados nacionais de monitorização de eventos adversos (Despacho n.º 1400-A, 2015; Direção Geral da Saúde, 2012, 2014).

Sobre o doente clarificou-se que, em vindo a ser, está mais envolvido na sua segurança ao receber cuidados de saúde, não restando quaisquer dúvidas de que a sua participação é crucial. Ainda assim, o contexto de investigação reporta-se a uma população muito envelhecida, que tem inúmeras multimorbilidades, e que está polimedicada e em situação socioeconómica frágil. Ou seja, esperava-se encontrar uma maior participação do doente na sua segurança, o que não é possível neste contexto socioeconómico (Marchon & Junior, 2014; Pisco, 2016). Assim sendo, e para a segurança de todos, os cuidados devem ser centrados no doente, eficazes,

eficientes, equitativos e feitos a tempo. Foi reforçada a importância de se respeitar o doente e as suas opções, envolvendo-o nas escolhas e esclarecendo-o para que seja ativo no processo de saúde *versus* doença — um aspeto valorizado como fonte de informação na comunidade, sendo que esta colaboração pode ser facilitada por protocolos de tratamento que incorporem a literacia em saúde e cultura do doente. A necessidade de respeito e envolvimento do doente e da família/cuidadores é decisiva nos cuidados de saúde realizados no domicílio, pois o que se “controla” é pouco, muito pouco ou nada, num contexto onde quem “dita” as leis é quem vive em cada casa que é visitada e cuidada. É bom que o profissional de saúde se atualize e prepare cada vez melhor para o acesso ao domicílio, pois é um local onde ainda se sabe uma “mão cheia de nada” sobre segurança do doente (Vincent & Amalberti, 2016; OPSS, 2017). Ainda sobre o doente, conheceu-se o seu consumismo, o que confirma a necessidade de incorporar mais e melhor o ponto de vista do Ministério da Saúde nas unidades funcionais do Cartaxo, pois qualidade não significa, nem nunca significará, oferecer sempre mais e mais. Ou seja, o papel mais ativo do doente na segurança veio consciencializá-lo enquanto *stakeholder* do sistema de saúde, alterando paradigmas e ajustando o seu papel, que passou de mero doente para cliente com alterações substanciais no seu nível de informação, decisão e pressão. Em suma, um crescimento das exigências e necessidades por parte do doente e da sua família, e robustas causas organizacionais de eventos adversos. E, pelo que foi mencionado, o doente não é só vítima de eventos adversos — tem muito a contribuir para melhorar a sua segurança, pois acede a inúmeras oportunidades que possibilitam a colaboração, sobretudo no domicílio.

Relativamente às possíveis causas de eventos adversos no Centro de Saúde do Cartaxo que os profissionais de saúde indicaram, estas permitiram estabelecer soluções para todos os grupos de causas com base na realidade do local — uma informação sintetizada na taxonomia de eventos adversos e nas “fotografias” exatas que mapeiam o possível caminho que o evento adverso pode seguir desde a origem até à solução (Chenot, 2007; Hoffman et al., 2013; Sokol & Neerukonda, 2013; The Health Foundation, 2011).

Continuando a analisar dados, a área chave “informação e formação em segurança do doente” foi a segunda mais indicada, com 362 ocorrências, com o objetivo de compreender e identificar *a informação e formação dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo sobre segurança e cultura de segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários* (tabela 45). Na opinião dos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo, a Segurança nos Cuidados de Saúde Primários é um tema valorizado, mas considerado complexo, o que faz com que exista desarmonia no pensamento, nas ideias e nos interesses, apoiada na pouquíssima divulgação que chega aos profissionais. Apesar de, centralmente, existir muita informação

lançada e editada sobre o assunto no local, a manifesta falta de divulgação faz com que o que chega ao profissional seja pouco — muito pouco face ao que já existe e já se sabe. Relativamente à formação, esta maioritariamente não existe, ou existe em muito pouca quantidade, apesar de os participantes a terem indicado como uma mais-valia, fortificando a necessidade de se informar, sensibilizar, e formar para paralelamente nivelar. Os aspetos que os participantes disseram conhecer (de modo mais ou menos regular) não são por eles sistematicamente incorporados, e foram sobretudo adquiridos na formação base e pós-graduada e em algumas formações internas, promovidas pela Comissão da Qualidade e Segurança do ACES da Lezíria. A formação externa sobre o assunto não é uma realidade conhecida dos participantes, quer em serviço, quer ao nível pós-graduado (Gallagher *et al*, 2013; The Health Foundation, 2011; Vincent, 2010; Waterson, 2014).

Tal como indicado na investigação consultada, a formação (base, pós-graduada ou em serviço) e a maior representatividade dos grupos profissionais (médico e enfermagem) que influenciam os grupos com menor representatividade podem ajudar a mudar a segurança do doente (Aranaz-Andrés *et al.*, 2008; Bowie, 2010; Kalra *et al.*, 2013; Galotti, 2004).

Ou seja, subsistem enormes desafios educacionais em todos os locais e entre unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo, ainda mais naquelas que desenvolvem cuidados de saúde no contexto domiciliário, onde é ainda é mais difícil incorporar a segurança do doente, pois muito está por saber ou fazer, devido à carência de informação e formação (Vincent & Amalberti, 2016). Seria muito pertinente fomentar quer a formação quer a investigação em segurança do doente, sensibilizando não só o grupo de profissionais de saúde, mas todos os profissionais que, modo geral, atuam no contexto, quer pela pertinência quer pela importância na reforma dos Cuidados de Saúde Primários e na qualidade dos cuidados de saúde que são prestados ao cidadão. Esta é a única via que permite dar a conhecer que a probabilidade de ocorrer um evento adverso nos Cuidados de Saúde Primários é alta, e que, quanto mais grave é o evento, mais evitável ele se torna (Missão Cuidados Saúde Primários, 2006; MS, 2015).

Também se pretendia *descrever a cultura de segurança do doente do Centro de Saúde do Cartaxo e das unidades funcionais que o constituem*, um assunto sobre o qual se confirmou existir um atraso na avaliação e recolha de dados sobre a cultura de segurança do doente e no reconhecimento da sua importância por todos sem exceção. Por isso, observa-se que a Cultura de Segurança do Doente assumiu um médio de dois virgula sete valores, ligeiro quando comparado com os valores das unidades funcionais, cujos valores médios oscilaram em quatro e dois virgula cinco valores — uma grande diferença, que de alguma forma reconfirma a necessidade de nivelamento em *informação e formação em segurança do doente*. Sobre o

assunto Bate et al. (2008) questionava-se "não deveria a qualidade ser a mesma para todos?" — aspeto que também se questionou, por se perceber que virar à esquerda ou à direita no Centro de Saúde do Cartaxo faz com que a cultura de segurança do doente varie entre equipas: entre aquelas que parecem funcionar bem e aquelas que não funcionam, organizando-se portanto em micro equipas. Estas variações levam a diferenças substanciais nos cuidados de saúde prestados, e não evoluem se a cultura não-organizacional não melhorar, mesmo que alguns profissionais até reconheçam que “a cultura de segurança positiva é facilitadora da aprendizagem e melhora a segurança”. Em suma, a cultura de segurança do doente não é uniforme no Centro de Saúde do Cartaxo, muito menos uma cultura que pensa na prevenção, e que sai claramente favorecida nas unidades em Acreditação. Saiu reforçado o importante papel da equipa na discussão dos problemas e na implementação de soluções e medidas, tendo-se conhecido a seguinte ideia: “é normal acontecerem acidentes, mas na mesma proporção é normal esconderem-se” — clarificando que é mais fácil seguir políticas de segurança em equipa do que individualmente. Também se validou que, quando existem poucas ou nenhuma reuniões, a predisposição para a insegurança é superior. A formação também facilita envolvimento de outros profissionais, doentes ou família.

Comprovou-se que os preditores de uma cultura positiva de segurança do doente nas organizações de saúde incluem comunicação baseada na confiança mútua, assim como um bom fluxo de informação, a perceção comum da importância da segurança, a aprendizagem organizacional, o compromisso da gestão, a liderança e uma abordagem não-punitiva do evento adversos. É crucial que se proceda à avaliação sistemática da cultura de segurança do doente, tendo como suporte o enquadramento da Estratégia Nacional da Qualidade na Saúde, que suporta uma política explícita de melhoria contínua, sistematizando e nivelando as diferenças tão vincadas que foram encontradas e mudando a atitude do profissional de saúde para uma atuação mais preventiva. Certamente esta será uma realidade que se pensa não ser exclusiva do Centro de Saúde do Cartaxo, mas também relevante para outros Centros de Saúde nacionais (Direção Geral Saúde, 2017). Visivelmente, é decisiva uma mudança organizacional proativa de uma cultura de segurança do doente, centrada na aprendizagem, em detrimento de uma cultura de segurança do doente que se centra na punição, ocultação de fatos, e que não premia nem a qualidade nem a aprendizagem.

Serriamente, os sistemas de saúde devem ter a aptidão para observar a sua inteligência e avaliar sistematicamente como se pode, não intencionalmente, prejudicar pessoas, estando todos bastante cientes do quão sério é existir insegurança, e devendo promover-se a cultura de segurança da organização em toda a linha. Para além das unidades funcionais, pela

especificidade dos cuidados de saúde desenvolvidos, o Centro de Saúde deve observar e pensar a cultura de segurança do doente no local onde precisamente o desconhecido face ao assunto é muito superior: o domicílio, que é um local de interação e intervenção onde o número de atendimentos de saúde irá naturalmente crescer (OPSS, 2017). A informação e formação dos profissionais em segurança do doente é uma dimensão a ser incluída na avaliação da cultura de segurança do doente, a fazer-se nos Cuidados de Saúde Primários, um assunto sobre o qual ainda não se conhecem dados oficiais (DGS, 2017). Ou seja, ampliando, por um lado, a cultura de segurança do doente, incrementa-se, por outro, o reconhecimento e consequente gestão de eventos adversos, e reduzem-se erros e tensões entre profissionais (saúde e outros) e a população, julgando-se que será mais fácil incorporar de vez (mesmo que gradualmente) uma cultura positiva, pois o profissional de saúde é uma “vítima” que também sofre: “infelizmente aprendi à custa do sofrimento daquele doente, não é um copo ou uma máquina partido! Foi dor pelo sofrimento, não se notificava” (Marchon & Junior, 2014).

A área chave em segurança menos foi indicada, com 197 ocorrências, é relativa ao desenvolvimento de sistemas de notificação de eventos adversos, o que não é surpreendente, uma vez que a literatura clarifica o desconhecimento generalizado dos profissionais de saúde acerca do papel influente dos sistemas de notificação na segurança do doente. Os dados clarificam que o processo não está instituído no dia-a-dia, e que, apesar da divulgação da Direção-Geral da Saúde, é necessária mais informação, sensibilização e formação para melhorar a utilização. Sobre o assunto, a opinião dos profissionais de saúde não é consensual, pois, por um lado, os profissionais de saúde indicaram a pouca informação/documentação sobre a notificação voluntária e anónima de eventos adversos, mas, por outro lado, também disseram que a fase atual é propícia à evolução do tema, justamente pela informação que existe, a vontade individual e a maturidade das equipas para tal, como a Direção Geral da Saúde veicula. Ainda assim, e maioritariamente, a notificação pela plataforma Notific@ ou outros meios é analisada como muito importante, importante e pertinente. A Comissão da Qualidade e Segurança do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria tem favorecido a passagem de informação sobre a plataforma, o que de algum modo pode influenciar a perceção positiva supracitada. Soube-se que a obrigatoriedade, um maior *feedback* organizacional das notificações feitas e mais pessoas chave a gerir as notificações poderiam favorecer o processo, corroborando a literatura.

Agora a questão se colocou foi, *estarão os profissionais de saúde preparados para mudar, para notificar os incidentes com que contactam diariamente?* Respondendo, falou-se mais na perspetiva da organização de saúde e menos numa perspetiva individual. Comparando a *preparação para assumir o evento adverso* e a *preparação para notificar o evento adverso*,

a segunda sai favorecida, pois parece ser mais fácil notificar do que assumir o evento adverso, o que de alguma se entende pela cultura vigente: uma cultura de não-aprendizagem. A *cultura e a atitude dos profissionais de saúde do Centro de Saúde face à notificação de eventos adversos* não é vigente ou uniforme, nem integra os eventos adversos numa perspetiva positiva ou de aprendizagem. Apesar da literatura indicar ser importante aprender e partilhar sistematicamente informação sobre segurança, e implementar soluções para eventos adversos mais comuns, o desenvolvimento de sistemas de notificação está aquém do expetável no Centro de Saúde do Cartaxo. A realidade mudará se o profissional de saúde, o doente, e os profissionais se prepararem para assumir o que correu menos bem. Apesar da *preparação para a notificação do evento adverso* ser maioritariamente positiva, soube-se que alguns profissionais não se sentem preparados para mudar sistematicamente, deixando antever dificuldades na uniformização. Mas mudar por mudar não é o pretendido; deve-se mudar a cultura instalada de negação e ocultação progressivamente. Ouviram-se algumas referências a sentimentos como medo, culpa e fracasso.

Agora o que importante saber é *o que é que os profissionais de saúde conhecem e usam da Plataforma Notific@ da Direção Geral da Saúde na atividade profissional*. Efetivamente, só metade do grupo conhece o sistema de notificação Notific@. Daqueles que a conhecem, são poucos os que a integram na prática diária, pois só se conheceram oito notificações completas que se foram repetindo ao longo das indicações dadas nas entrevistas, clarificando aquilo que é dito na literatura: esta é uma tarefa nova e ainda pouco incorporada diariamente, sobretudo porque subsiste no grupo a negação, a não-aceitação e o desconhecimento da inevitabilidade de um possível evento adverso. Os profissionais de saúde não sabem que, quanto mais situações forem relatadas e analisadas, maior é probabilidade da sua não-repetição (Ribas, 2010, Vincent, 2010). Apesar da investigação enaltecer a aprendizagem e a importância da divulgação de eventos adversos ocorridos, e apesar da notificação ser anónima, não culpando o profissional que o comente, os participantes referiram que é difícil manter o anonimato, e que é fácil o acesso ao notificador. Completar o processo de notificação em qualquer local dos Cuidados de Saúde Primários é difícil, mas é ainda mais difícil no contexto domiciliário. Foi possível identificar os Eventos Adversos com notificação concluída na Plataforma Notific@, que são sobretudo ligados a vacinas, e que envolvem elementos profissionais em estágio ou com pouca experiência, ou profissionais que estão sujeitos a cansaço e a *stress*. Envolvem também situações de queda e situações comportamentais do doente para com o profissional de saúde. Em síntese, urge que se superem aspetos como a falta de definições e benefícios claros face ao processo, e a falta de recursos para operacionalizar o uso sistemático, que facilitaria o

conhecimento de eventos adversos que ocorrem em circunstâncias semelhantes, assim como as suas respetivas soluções.

Decididamente, o conhecimento apresentado pretende contribuir, em primeiro lugar, para a redução de eventos adversos, e, em segundo lugar, para a diminuição do *gap* entre as indicações estratégicas e o que acontece realmente num Centro de Saúde, independentemente do lugar onde os cuidados de saúde ocorrem (OPSS, 2017). Também irá permitir que os profissionais de saúde alterem paradigmas, possibilitando também a diminuição ou eliminação do *gap* entre uma cultura punitiva e uma cultura de aprendizagem com os eventos que naturalmente ocorrem — uma ideia que deve deixar de ser uma mera recomendação estratégica para passar a ser uma cultura diária. Este passo facilitará a tomada de medidas corretivas, baseadas na transparência e no anonimato sem punição, estrategicamente sustentadas no Plano Nacional para a Segurança do Doente. Ou seja, o Centro de Saúde do Cartaxo terá de (re)conhecer que os Cuidados de Saúde Primários devem ser seguros para o doente, e deverá nivelar a qualidade entre ambientes com diferentes níveis de desenvolvimento (diferentes unidades funcionais) e reconhecer quais as áreas prioritárias em segurança do doente e onde existem mais lacunas no conhecimento, para que, desse modo, se fortaleçam soluções práticas e ajustadas a cada local (World Health Organization, 2012). Seguramente, dos seis desafios que facultam às organizações atingir níveis de excelência, aqueles que com maior destaque o Centro de Saúde do Cartaxo enfrenta são de cariz educacional, estrutural e físico. Sobremaneira decisivos são os desafios educacionais, pois a (não-)informação e formação em segurança do doente é, em si mesma, uma fonte de possíveis eventos adversos comuns no local, e quiçá em locais com as mesmas características (Bate et al., 2008; Halligan & Zecevic, 2011; Miles & Huberman, 1994; Milles et al., 2014; Mills et al., 2010; Ribas, 2010; The Health Foundation, 2011; Yaphe, 2012 b).

Os principais **contributos teóricos** da investigação passaram pela identificação da natureza e impacto dos eventos adversos decorrentes da prestação de cuidados de saúde num Centro de Saúde onde o conhecimento é escasso. Permitiu também delimitar os fatores que fazem com que não esteja assegurado um ambiente de confiança ou uma cultura (individual, coletiva e organizacional) de segurança do doente. Permitiu sistematizar as fortes discrepâncias em segurança do doente dentro e entre unidades funcionais do mesmo Centro de Saúde, dadas as suas perspetivas e finalidades diferentes. Clarificou que o *stress*, o volume de trabalho, e a complexidade do contexto são elementos que podem precipitar a insegurança neste nível de cuidados de saúde. Ainda assim, o local que traz uma maior apreensão aos profissionais é o domicílio, onde tanto o doente como os cuidadores informais são elementos decisivos: um local

onde o profissional de saúde detém pouquíssimo “controlo” relativamente à segurança, e onde o tema ainda é menos investigado. É crucial que chegue mais informação sobre segurança do doente aos profissionais de saúde através da formação, para que conheçam bem o seu contexto de trabalho, e para que atuem preventivamente com base numa cultura livre de represálias, onde se notifica sempre e a cada momento os eventos ou *near miss* com que contactem. Os principais **contributos práticos** da investigação passaram pela construção da Taxonomia de Eventos Adversos do Centro de Saúde do Cartaxo e a construção de “fotografias exatas” para cada grupo de causas, estruturando o possível caminho percorrido pelo evento adverso desde a origem até ao alinhamento com o Plano Nacional de Segurança do Doente. Foi possível sistematizar as diretrizes de um possível plano de formação em segurança do doente para o Centro de Saúde do Cartaxo, a ser incorporado no plano anual de formação do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria. O *know-how* adquirido deve ser transmitido à Comissão da Qualidade e Segurança do Agrupamento, à Direção Executiva e Clínica, às estruturas e pessoas chave que, tal como indica a literatura, podem ter um forte impacto no comportamento dos profissionais de todos os níveis hierárquicos, transmitindo uma maior confiança numa política não punitiva, que enquadre a notificação de eventos e incentive a incorporação de conceitos e métodos de qualidade naturalmente no dia-a-dia (Aguiar, 2010; National Patient Safety Agency, 2006; Liu *et al*, 2014; Yaphe, 2015).

Seguidamente indicam-se as limitações e recomendações, bem como as pistas para futuras investigações.

5.1 LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

As limitações da investigação devem-se à amostra, que só permitiu que se entrevistassem profissionais de saúde, não tendo sido possível entrevistar outros profissionais ou até mesmo o doente do Centro de Saúde do Cartaxo.

A metodologia de investigação escolhida pelo tempo que demora a analisar e estabilizar pode de alguma forma não ter favorecido a investigação, ficando em aberto outras opções metodológicas para futuras investigações sobre o assunto.

O facto de a investigadora ser uma participante natural do contexto, assim como a escolha da unidade de análise, são limitações sobre as quais se deve refletir.

5.2 FUTURAS RECOMENDAÇÕES DE INVESTIGAÇÃO

Propõe-se a realização de estudos idênticos em todos os concelhos do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria, dando um forte destaque à investigação sobre a notificação de eventos adversos e sobre a cultura de segurança do doente em todas as unidades funcionais do ACES da Lezíria.

Seria crucial realizar uma investigação que incorporasse a perspetiva do doente na sua segurança, dando um forte destaque ao contexto domiciliário.

Outra perspetiva a recolher é a dos profissionais que não são profissionais de saúde, como assistentes operacionais e técnicos, dando-lhes voz face à sua segurança e recolhendo o seu entendimento sobre a segurança do doente neste contexto.

Em seguida, o quadro 186 resume as recomendações da investigação.

5.3 RECOMENDAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

Quadro 177 — Recomendações em Segurança do Doente no Centro de Saúde do Cartaxo

RECOMENDAÇÃO	OBJETIVO	MÉTODO
Reuniões entre Centro de Saúde Cartaxo e Hospital Santarém	Definir semestralmente os procedimentos em segurança do doente a priorizar entre o Centro de Saúde do Cartaxo e o Hospital de Santarém	<u>Participantes:</u> Diretora Executiva, Presidente do Concelho Clínico e de Saúde, Comissão da Qualidade e Segurança do ACES da Lezíria; Presidente e Comissão da Qualidade e Segurança do Hospital Santarém e coordenadores das unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo <u>Tópicos:</u> Procedimentos de Segurança do Doente nas transferências entre níveis de atuação; gestão da segurança do doente relativamente a consultas e informação; análise dos Eventos Adversos ocorridos nos dois níveis; análise dos resultados da avaliação da cultura de segurança do doente
Fóruns Temáticos de Debate	Debater anualmente a segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários	<u>Participantes:</u> Representantes do Hospital (diretor, chefes de serviço); coordenadores das unidades funcionais; profissionais de saúde e doente mediante inscrição individual <u>Tópicos:</u> Apresentação de tópicos relacionados com Segurança do Doente no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (temas a definir mediante prioridades); apresentação de atividades desenvolvidas no ano anterior; apresentação de números das notificações e dos questionários sobre cultura segurança do doente. As prioridades são a cultura de segurança do doente e a notificação de eventos adversos
Reuniões Semanais de Equipa	Realizar sempre reuniões de equipa em cada uma das cinco unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo com pelo menos uma hora duração	<u>Participantes:</u> Toda a equipa de cada unidade funcional, incluindo profissionais de saúde, assistentes técnicos e assistentes operacionais <u>Tópicos:</u> Debate sobre procedimentos de segurança do doente; análise de notificações e partilha de situações ocorridas (todas as reuniões devem definir um tempo obrigatório para cada assunto); debate sobre melhorias internas e necessidades segurança do doente
Reuniões de Equipa com participação do doente	Convidar trimestralmente para reunião de equipa um representante de doentes de instituições da comunidade (convite rotativo) ou doente que se Auto proponha	<u>Participantes:</u> Toda a equipa de profissionais de saúde de cada unidade funcional; representante do doente de uma instituição do concelho do Cartaxo (rotativo entre todas as instituições do concelho); doente que se auto-propõe a participar, mediante inscrição e informação veiculada na sua unidade de saúde <u>Tópicos:</u> Importância da segurança do doente; preocupações e melhorias em segurança do doente; notificação de eventos adversos na Plataforma Notific@, segundo a perspetiva do cidadão
Avaliação da cultura de segurança do doente	Avaliar a Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários usando	<u>Participantes:</u> Todos os profissionais de saúde, assistentes técnicos, assistentes operacionais <u>Tópicos:</u> Questionário a realizar <i>online</i> para avaliação da cultura de segurança do doente da Direção Geral da Saúde, a fazer pelo menos uma vez por ano (desejável

	questionários existentes para o efeito	semestralmente, recorrendo a instrumentos internos estabelecidos equipa a equipa)
Formação em segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários	Formar trimestralmente as equipas das unidades funcionais sobre segurança do doente nos cuidados de saúde primários, com duração de seis horas para cada sessão	<p><u>Participantes:</u> Todos os profissionais de saúde, assistentes técnicos, assistentes operacionais de todas as unidades funcionais (equipa a equipa); Comissão da Qualidade e Segurança do ACES da Lezíria</p> <p><u>Tópicos:</u> a incluir no Plano Anual de Formação do ACES da Lezíria (quatro sessões trimestrais com um total de três horas cada, 24 horas formação interna)</p> <p>1ª sessão: definição concetual (erro, evento adverso, incidente, acidente, <i>near miss</i>); princípios subjacentes à segurança do doente; contexto: cultura de segurança do doente e importância da notificação de eventos adversos;</p> <p>2ª sessão: processo de notificação (cultura, anonimato, enquadramento nacional); plataforma Notific@ e processo de notificação de eventos adversos como prática diária; taxonomia de eventos adversos (causas, eventos adversos e soluções-tipo) comuns em Cuidados de Saúde Primários; eventos adversos do ACES Lezíria;</p> <p>3ª sessão: Taxonomia de Eventos Adversos no Centro de Saúde do Cartaxo; análise e taxonomia de cada unidade funcional, e definição dos procedimentos para uniformizar as soluções possíveis para eventos comuns; aprendizagem e análise da plataforma Notific@ (partilha de dúvidas e de conhecimento) em tempo real;</p> <p>4ª sessão: A segurança do doente no domicílio; o âmbito concetual; princípios subjacentes à segurança do doente no local; envolvimento dos <i>stakeholders</i> da comunidade na segurança do doente; envolvimento e colaboração do doente e família na segurança no domicílio</p>
Integração Sistemas Informação	Dar acesso a todos os profissionais de saúde do Centro de Saúde do Cartaxo; acesso a um sistema de informação para registo e comunicação com colegas	<p><u>Participantes:</u> Todos os profissionais de saúde que desenvolvem informação no Centro de Saúde do Cartaxo</p> <p><u>Tópicos:</u> O acesso ao sistema de informação por parte de todos os profissionais deve ser precedido de formação, para que usem o sistema de informação de modo acessível, podendo aceder e partilhar informação relevante sobre as práticas/procedimentos ocorridos com cada doente, que não só favorecem a sua segurança, mas também a segurança dos profissionais de saúde, e de todos os outros que também aí exercem atividade. Dar a conhecer a mais-valia de um registo feito e concluído para a segurança neste nível de cuidados, assim como quando existe comunicação com o Hospital (seja por rotina ou urgência).</p>

Fonte: Investigadora com base nos resultados encontrados

6. BIBLIOGRAFIA

- Adler, P. A. & Adler, P. (2011). *The Tender Cut: Inside the Hidden World of Self-Injury*. New York: New York University Press.
- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (Avinsa) (2017). *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assist%C3%A2ncia+Segura+-+Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%B3rica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>
- Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria. (2015). *Plano Local de Saúde da Lezíria 2014-2016*. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1932/Plano_Local_Saude_da_Leziria_Deze mbro_2015.pdf
- Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria. (2016). *Manual de Acolhimento do ACES da Lezíria*. Santarém. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/2915/Leziria_Manual_Acolhimento_ACES.pdf
- Aguiar, P. (2010). Fatores de prognóstico do resultado do tratamento de doentes com Síndrome de dependência do Álcool: estudo de coorte prospectivo de 6 meses. Tese de Doutoramento no Ramo de Saúde Internacional, Especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Aires, L. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Consultado em 2 de Novembro de 2015, Disponível em: http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/4/Paradigma_Qualitativo%20%281%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o_atualizada%29.pdf.
- Álvares, S. (2005). Errar é Humano. *Nascer e Crescer*, Revista do hospital de crianças maria pia, 14 (2), 71-72.
- Amalberti, R. & Brami, J. (2012). “Tempos” Management in primary care: a key factor for classifying adverse advents, and improving quality and safety. *British Medical Journal Quality & Safety*, 21 (9), 729-736.
- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D. & Barach, P. (2005). Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *The Internal Med.*, 142, 756-764.
- American Medical Association. (2011). *Research in Ambulatory Patient Safety, 2000-2010: A 10-year review*. Disponível em: https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/PDF/Research-in-Amb-Pat-Saf_AMAr.pdf.
- Andel, C., Davidow, S. L., Hollander, M. & Moreno, D. A. (2012). The Economics of Health Care Quality and Medical Errors. *Journal Health Care Finance*, 39 (1), 39-50.
- Andrade, D. (2007). A mediação de conflitos em meio hospitalar e o direito à saúde. Tese de Mestrado em Direito Constitucional, Fundação Edson Queiroz, Universidade Unifor, Centro de Ciências Jurídicas, Fortaleza.
- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar, C., Limón, R., Mira, J.J., Vitaller, J., Agra, Y. & Terol Enrique (2011a). A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *The European Journal of Public Health Advance*, 29, 1-5.
- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Vitaller-Murillo, J., Ruiz-López, P. & Terol-Garcia, E. (2008). Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *Journal of Epidemiology Community Health*, 62 (12), 1022-1029.

- Aranaz-Andrés, (2013). Entrevista com Dr. Jesus Maria Aranaz Andrés. Proqualis. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002371ju9qOa.pdf>
- Aranaz-Andrés, J. M., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F. R., Urroz, O., Sarabia, O., ... Larizgoitia, I. (2011b). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the “Iberoamerican study of adverse events” (IBEAS). *British Medical Journal of Quality and Safety*, 20 (12), 1043-1051.
- Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa, VII Revisão Constitucional*. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Baines, R., Langelaan, M., de Bruijne, M., Spreeuwenberg, P. & Wagner C. (2015). How effective are patient safety initiatives? A retrospective patient record review study of changes to patient safety over time. *British Medical Journal of Quality and Safety*, 24 (9), 561-571.
- Baker, S. E. & Edwards, R. (2012). *How many qualitative interviews is enough, Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research*. Disponível em: http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bate, P., Mendel, P. & Robert, G. (2008). *Organizing for Quality: The improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Bauer, M. W., Gaskell, G., & Allum, N. C. (2000). Quality, quantity and knowledge interests: Avoiding confusions. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Qualitative researching with text, image and sound: A practical handbook* (pp 3-17). London: Sage Publications.
- Beasley, J. W., Wetterneck, T.B., Temte, J., Lapin, J.A., Smith, P., Rivera-Rodrigues, A. J. & Karsh, B. T. (2011). Information chaos in primary care: implications for physician performance and patient safety. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24 (6), 745-751.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2012). *Principals of Biomedical Ethics*. (7^a ed.). New York: Oxford University Press.
- Biscaia, A. R., Pereira, A., Cardeira, R. & Fehn, A. C. 2017. *O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2016/2017*. Disponível em: <https://app.box.com/s/af3zkk126mqmwtik1lhh97k29juafbc0>.
- Bodgan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação, uma introdução à Teoria e aos Métodos*. Coleção Ciências da Educação. Porto: Porto Editora.
- Bowie, P. (2010). Building a Safety and Improvement culture in primary care. *Practice Nurse*, 40 (8), 38-40.
- Brady, A.M., Redmond, R., Curtis, E., Fleming, S., Keenan, P., Malone, A.M., Sheerin, F. (2009). Adverse events in health care: a literature review. *Journal of Nursing Management*, 17 (2), 155-164.
- Brami J. & Amalberti R (2010). *La sécurité du patient en médecine générale (Patient safety in primary care)*. Paris: Springer Science & Business Media.
- Bravo, M. P. C. & Eismen, L. B. (2012). *Investigación Educativa*. (3^a ed.). Sevilla: Ediciones Alfar.
- Byrne, D. & Ragin, C. C. (2009). *The SAGE Handbook of Case-Based Methods*. New York: Cambridge University Press.
- Campos, A. (2015). Atendimento nos centros de saúde ainda é muito díspar, avalia OCDE. *Jornal Público de maio de 2015*. Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/ocde-diz-que-atendimento-nos-centros-de-saude-deve-ser-igual-para-todos-1696953>

- Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. V., 2010. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços, Lisboa.
- Canadian Patient Safety Institute (2008). *Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/safetyCompetencies/Documents/Safety%20Competencies.pdf>
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia Investigação Guia para auto-aprendizagem*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 3-10.
- Carrondo, C. (2014). O Processo Clínico Informatizado, Quem é o Proprietário?. *Revista Portuguesa de Gestão em Saúde*, 4-15, Disponível em: <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2014/11/rpgs014.pdf>.
- Carvalho, M. & Vieira, A. (2002). Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*, 78 (4), 261-268.
- Castellano-Zurera, M.M., Núñez-García, D., Carrasco-Peralta, J.A. & Torres-Olivera, A. (2012). Patient safety risks in Primary Health Care: identification and prevention of adverse events. *Revista Calidad Asistencial*, 27 (6), 319-325.
- Chantler, C. (1999). The role and education of doctors in the delivery of healthcare. *The Lancet*, 353 (1959), 1178-1181.
- Chenot, T. M. (2007). Patient Safety and the Ambulatory Care Setting. *Northeast Florida Medicine*, 58 (3), 23-26.
- Chiu, W., Chu, T. B., Lin, H. L. & Chiu, C.H. (2004). Patient's safety and hospital administration. *Japan Hospitals*, 23, 6-9.
- Conklin, A., Vilamovska, A.-M., de Vries, H, Hatziandreu, E. (2008). Improving patient safety in the EU. Assessing the expected effects of three policy areas for future action. Disponível em: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf
- Conlon, P., Havlisch, R., Kini, N. & Porter, C. (2008). Using an Anonymous Web-Based Incident Reporting Tool to Embed the Principles of a High-Reliability Organization. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 1, 1-13.
- Conselho Regional de Enfermagem (2010). *10 Passos para a Segurança do Paciente*. Disponível em: http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente_0.pdf
- Correia, A. M. R. & Mesquita, A. (2014). *Mestrados & Doutoramentos, Estratégias para a elaboração de trabalhos científicos: o desafio da excelência*. (2ª ed.). Porto: Vida Económica.
- Coutinho, C.P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Almedina.
- Coutinho, C. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *12 (1)*, 5-15.
- Crane, S., Sloan, P. D., Elder, N., Cohen, L., Laughtenschlaeger, N., Walsh, K. & Zimmerman, S. (2015). Reporting and Using Near-miss Events to Improve Patient Safety in Diverse Primary Care Practices: A Collaborative Approach to Learning from Our Mistakes. *Original Research*, 28 (4), 452-460.
- Creswell, J.W. (1994). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. (2ª ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Currie, L. & Watterson, L. (2010). Measuring the safety climate in NHS organizations. *Nursing Standard*, 24 (24), 35-38.
- Decreto Lei n.º 414/91 de 22 de Outubro. Diário da República n.º 243, Série I. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 298/07 de 22 de Agosto. Diário da República n.º 161, Série I. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 111/17 de 21 de Agosto. Diário da República n.º 168, Série I. Lisboa.
- Decreto-lei n.º 137/13 de 13 de Outubro. Diário da República no n.º 193/13-I Série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-lei n.º 144/98 de 23 de Maio. Diário da República n.º 119/98-I Série-A. Lisboa.
- Decreto-lei n.º 177/09 de 9 de Agosto. Diário da República no n.º 149/09-I Série. Lisboa.
- Decreto-lei n.º 28/08 de 8 de Fevereiro. Diário da República no n.º 38/08-I Série. Lisboa.
- Decreto-lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Diário da República no n.º 95/90-I Série. Lisboa.
- Departamento da Qualidade na Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012 b). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA)-Guia para Notificadores, orientação n.º 011-12 Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CCC3B842-119A-42FA-A2E6-FC04D9365E4E/0/Guiaparanotificadores.pdf>.
- Despacho n.º 1400-A/15 de 15 de Fevereiro. Diário da República N.º 28, II Série. Lisboa: .
- Despacho n.º 14223/09 de 9 de junho. Diário da República N.º 120, II Série. Lisboa.
- Despacho n.º 3635/13 de 13 de março. Diário da República N.º 47, II Série. Lisboa.
- Direção Geral da Saúde (2014). *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde, versão 2*. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i021639.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2017). Relatório Progresso Monitorização do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, 2º trimestre 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i023879.pdf>
- Direção Geral da Saúde, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2015). *Relatório sobre Segurança dos Doentes, Avaliação da Cultura nos Hospitais*. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i021576.pdf>.
- Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde (2017). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários, atualização da norma n.º 003-15. Disponível em: [http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/i023288\(1\).pdf](http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/i023288(1).pdf).
- Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde (2012). Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos, norma n.º 017-12. Disponível em: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i018118%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i018118%20(1).pdf)
- Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde (2014). Norma do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes-NOTIFICA, norma n.º 015-14. Disponível em: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i020558%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i020558%20(1).pdf).
- Direção Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente-Relatório Técnico. Lisboa: Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/i015730.pdf>.
- Dixon-Woods, M. , McNicol, S. & Martin, G. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *British Medical Journal of Quality and Safety*, 21, 876-884.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillar of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine Online*, 114 (11), 1115-1118.
- Donabedian, A. (1993). Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. *Salud Pública*, 35 (1), 94-97.
- Elder N. C., Pallerla, H. & Regan, S. (2006). What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception. *British Medical Journal of Quality and Safety*, 8, 7-73.

- El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M. & Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*, 11 (45), 1-12.
- Emergency Care Research Institute (2017a). ECRI Institute Names Top 10 Patient Safety Concerns for 2017. Disponível em: <https://www.ecri.org/Pages/Top-10-Patient-Safety-Concerns.aspx>
- Emergency Care Research Institute (ECRI) (2017b). Top 10 Patient Safety Concerns for HealthCare Organizations. Disponível em: <https://www.ecri.org/press/Pages/Top-10-Patient-Safety-Concerns-for-2017.aspx>.
- Escoval, A., Coelho, A., , Diniz, J.A., Rodrigues M., Moreira, F. & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 105-116.
- Esteves, M. (2006). A análise de conteúdo. In J. A. Lima & J. A. Pacheco (orgs), *Fazer investigação* (pp. 105-126). Porto: Porto Editora.
- European Network for Patient Safety & Quality. (2012). The European Union Network on Patient Safety and Quality of Care. Belgium. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ev_20121120_co03_en.pdf-2012.
- Fajardo-Dolci, G., Rodríguez-Suárez, J., Arboleya-Casanova, H., Rojano-Fernández, C., Hernández-Torres, F. & Santacruz-Varela, J. (2010). Patient safety culture in healthcare professionals. *Cirugía y Cirujanos*, 78, 522-527.
- Falcão, M. F. (2013). A reconciliação Terapêutica-Ferramenta para a Gestão da Terapêutica Crónica: Exemplo de utilização numa população idosa submetida a um procedimento cirúrgico. Tese de Doutoramento, Faculdade de Farmácia, Departamento de Sócio-Farmácia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Faria, P. L. & Cordeiro, J. V. (2014). Health data privacy and confidentiality rights: crisis or redemption?. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (2), 123-133.
- Faria, P. L. & Moreira, P. S. (2009). Estratégia Nacional a Qualidade na Saúde: notas em torno do Despacho n.º 14 223/2009, de 24 de Junho de 2009 da Ministra da Saúde. *Direito da Saúde*, 27 (2), 103-131.
- Faria, P. L. (2010). Perspectivas do Direito da Saúde em Segurança do Doente com base na experiência norte-americana. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 81-88.
- Fernald, D. H., Pace, W. D., Harris, D. M., West, D.R., Main, D.S. & Westfall, J.M. (2004). Event Reporting to a Primary Care Patient Safety Reporting System: A Report From the ASIPS Collaborative. *Annals of Family Medicine*, 2 (4), 327-332.
- Fernandes, A. M. M. L. & Queirós, P. J. P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), 37-48.
- Fernandes, F. (2006). *Competências para gerenciar conflitos intra-organizacionais*. Tese de Mestrado em Administração, área de especialização em Comportamento e Organização. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Fontana, A. & Frey, J. H. (2005). The interview: From neutral stance to political involvement. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3ª ed.) (pp 695-727). Thousand Oaks: Sage.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. I. G. (2010). A segurança dos doentes—indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral-Dossier: erro médico*, 26, 564-70.
- Fragata, J. & Martins, L. (2009). *O Erro em Medicina*. Lisboa: Editora Almedina.

- Gaal, S., van den Hombergh, P., Verstappen, W. & Wensing, M. (2010a). Patient safety features are more present in larger primary care practices. *Health Policy*, 97 (1), 87-91.
- Gaal, S., van Laarhoven, E., Wolters, R., Wetzels, R., Verstappen, W. & Wensing, M. (2010b). Patient safety in primary care has many aspects: an interview study in primary care doctors and nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16 (3), 639-643.
- Gaal, S., Verstappen, W. & Wensing, M. (2010c). Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 10 (21), 1-7.
- Gallager, T. M., Mello, M. M., Levinson, W., Wynia, M., Schadeva, A. K., Sulmasy, L. S., ... Arnold, R. (2013). Talking with patients about other clinicians' errors. *The New England Journal of Medicine: Research and Review*, 369 (18): 1752-757.
- Galotti, R. M. D. (2004). Eventos Adversos-o que são?. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50 (2), 109-126.
- Gandhi, T.K. & Lee, T.H. (2010). Patient safety beyond the hospital. *The New England Journal of Medicine*, 363 (11), 1001-1003.
- Gehring, K., Battaglia, M., Buff, R., Huber, F. Sauter, P. & Wieser, M. (2012). Frequency of and Harm Associated With Primary Care Safety Incidents. *The American Journal of Managed Care*, 18 (9), 323-337.
- Glendon, A. L. & Litherland, D. K. (2001). Safety climate factors, group differences and safety behavior in road construction. *Safety Science*, 39 (3), 157-188.
- Gomez, G.R., Flores, J.G. & Jimenez, E. G. (1996). *Metodologia de la Investigacion Cualitativa*. Malaga: Ediciones Aljibe.
- Gómez, J.A. & Cartea, P. (1995). A Perspectiva Ecológica: Referências para o Conhecimento e a Práxis Educativa. In Carvalho, A. Et al. (org.). *Novas Metodologias em Educação* (pp 135-169). Porto: Porto Editora.
- González-Formoso, C., Martín-Miguel, M. V., Fernández-Domínguez, M. J., Rial, A., Lago-Deibe, F. I., Ramil-Hermida, L., ... Clavería, A. (2011). Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: A randomized trial. *BMC Family Practice*, 12 (50), 1-10.
- Gouvêa, C. S. D. & Travassos, C. (2010). Indicadores de segurança do doente para hospitais de doentes agudos: revisão sistemática. *Cadernos Saúde Pública*, 26 (6), 1061-1078.
- Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012). *Interligação e integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares* (Documento de trabalho -versão de 2012.09.30). Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/26-interligaocsp-hosp_gt-csp_2012.09.30.pdf
- Halligan, M. & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *The International Journal of Health Care Improvement*, 20 (4), 338-343.
- Hardeep, S., Giardina, T. D., Meyer, A., Forjuoh, S. N., Reis, M. D. & Thomas, E. J. (2013). Types and Origins of Diagnostic Errors in Primary Care Settings. *Jama Internal Medicine*, 173 (6), 418-425.
- Hill, M. & Hill, A. (1998). *Investigação empírica em ciências sociais: Um guia introdutório*. Disponível via Dinâmica, Centro de Estudos sobre a Mudança SocioEconómica em: http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/468/4/DINAMIA_WP_1998-10.pdf.
- Ho. L., Haresch, J. W., Nunlist, M., Schwarz, A. & Wasson, J. H. (2013). Improvement of Patients' Health Confidence: A Comparison of fifteen Primary Care Practices and a National Sample. *Journal of Ambulatory Care Management*, 36 (3), 235-240.

- Hoffman, B., Meyer, M., Rohe, J., Gensichen, J. & Gerlach, F. M. (2008). “Every error counts”: a web-based incident reporting and learning system for general practice. *Quality Safety Health Care*, 17 (4), 307-312.
- Hoffman, B., Miessner, C., Albay, Z., Schröber, J., Wepler, K., Gerlach, F. M. & Gütthlin C. (2013). Impact of Individual and Team Features of Patient Safety Climate: A Survey in Family Practices. *Annals of Family Medicine*, 11 (4), 355-362.
- Hoffmann, B. & Rohe, J. (2010). Patient Safety and Error Management: What causes adverse events and how can they be prevented?. *Deutsches Arzblatt International*, 107 (6), 92-99.
- Iglesia, M., Margetidis, G., Montante, S., Azzolini, E. & Ricciardi, W. (2014). Moving a step forward to promote patient safety and quality of care in Europe. *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, 11 (4), e11034-1-e11034-4.
- Institute of Medicine (2004). Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. Washington: National Academie Press.
- Institute of Medicine, Committee On Quality Of Health Care in America (2000). To err is Human-Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press.
- Institute of Medicine, Committee On Quality Of Health Care in America (2001). Crossing the Quality Chasm-A new Health system for the 21st Century. Washington: National Academy Press.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Projeções de população residente 2012-2016*. Disponível em: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/28ProjPopResidPortugal2012-2060%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/28ProjPopResidPortugal2012-2060%20(5).pdf).
- Jacobson, L., Elwyn, G., Robling, M. & Jones, R.T. (2003). Error and safety in primary care: no clear boundaries. *Family Practice*, 20 (3), 237-241.
- Jansma, J.D., Zwart, D. L., Leistikow, I. P., Kalkman, C.J., Wagner, C. Bijnen, A. (2010). Do specialty registrars change their attitudes, intentions and behavior towards reporting incidents following a patient safety course?. *BMC Health Services Research*, 10, 1-9.
- Jha, A. K., Praposa-Plaizier, N., Larizgoitia, I. & Bates, D.W. (2010). Patient safety research: an overview of the global evidence. *Quality Safety Health Care*, 19 (1), 42-47.
- Joint Comission International (2007). WHO Collaborating Center for Patient Safety”s nine life-saving Patient Safety Solutions. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33 (7), 427-462.
- Júnior, D. P. L., Siqueira, J. S., da Silva, T. D., Almeida, L. B., da Silva, W. B., Sousa, P. & Guerreiro, M. P. (2010). Erro Medicamentoso em Cuidados Saúde Primários e Secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, 10, 40-46.
- Kagan, I. & Barnoy, S. (2013). Organizational safety sulture and medical error reporting by Israeli nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45 (3), 273-280.
- Kalra, J., Kalra, N. & Baniak, N. (2013). Medical error, disclosure and patient safety: A global view of quality care. *Clinical Biochemistry*, 46 (13-14), 1161-1169.
- Kaprielian, V., Østbyem T., Warburton, S., Sangvai, D. & Michener, L. (2008). A System to Describe and Reduce Medical Errors in Primary Care. *Advances in Patient Safety*, 1, 1-11.
- Khoo, E. M., Lee, W. K., Sararaks, S., Samad, A. A., Liew, S. M., Cheong, A. T., ... Hamud, M. A. (2012). Medical errors in primary care clinics—a cross sectional study. *BMC Family Practice*, 13 (127), 1-6.

- Kirk, S., Parker, D., Claridge, T., Esmail, A. & Marshall, M. (2007). Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality and Safety in Health Care*, 16 (4), 313-320.
- Kostopoulou, O. & Delaney, B. (2007). Confidential reporting of patient safety events in primary care: results from a multilevel classification of cognitive and system factors. *Quality and Safety in Health Care*, 16, 95-100.
- Kousgaard, M. B., Joensen, A.S. & Thorsen, T., (2012). Reasons for not reporting patient safety incidents in general practice: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30 (4), 199-205.
- Lage, M. J. (2010). Segurança do Doente: da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 11-16.
- Leroy, H., Dierynck, B., Anseel, F., Simons, T., Halbersleben, J.R., McCaughey, D. ...Sels, L. (2012), Behavioral Integrity for safety, priority of safety, psychological safety, and patient safety: a team-level study. *Journal of Applied Psychology*, 97 (6), 1273-1281.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, M. & Boutin, G. (2010). *Investigação Qualitativa, Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lima, J. A. (2013). Por uma análise de conteúdo mais fiável, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47 (1), 7-29.
- Lima, S. (2011). Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente. Tese de Mestrado em Gestão da Saúde apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1979). *Effective Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1991). *Naturalistic inquiry*. New York, SAGE Publications.
- Liu, C., Liu W., Wang Y., Zhang Z. & Wang P. (2014). Patient safety culture in China: a case study in an outpatient setting in Beijing. *British Medical Journal of Quality and Safety*, 23, 556-564.
- Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 26 (2), 367-371.
- Lovaglio, P. G. (2009). Patient safety monitoring systems using regional administrative data. *The International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 21 (4), 217-227.
- Luis, A. M. L. (2014). *Strategic Risk Management in Water Utilities: Development of a Holistic Approach Linking Risks And Futures*. Tesde de Doutoramento, Cranfield University, School of Applied Sciences, London.
- Maamoun J. (2009). An introduction to patient safety. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 40 (3), 123-33.
- Machado, M. C. (2014). *Devia haver uma articulação mais eficiente entre os CSP, os hospitalares e os continuados*. *Jornal Médico*, junho de 2014, 4-5. Disponível em: http://www.justnews.pt/documentos/file/Entrevista_Maria_do_Ceu_Machado2014.pdf
- Macrae, C. (2008). Learning from patient safety incidents: Creating participative risk regulation in healthcare. *Health, Risk & Society*, 10 (1), 53-67.
- Madeira, A. (2012). A Cultura de Segurança no Bloco Operatório, Como cuidamos da Segurança dos Doentes. Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, apresentada ao Instituto Superior Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Makeham, M.A., County, M., Kidd, M.R. & Dovey, S. M. (2002). An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *The Medical Journal of Austrália*, 177 (2), 68-72.
- Manuila, A., Manuila, L., Lewalle, P., Nicoulin, M. & Papo, T. (2004). *Dictionnaire Médical Manuila*. (10ª ed.). France: Elsevier Masson.

- Manzini, E. J. (1991). A Entrevista na Pesquisa Social, *Didática, São Paulo*, 26-27, 149-158.
- Marchon, S. G. & Junior, W.V.M. (2014). Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 30 (9), 1-21.
- McAnally, K. (1997). *A Study of the Facets of Organizational Culture which Support or Discourage the Creation of a Learning Organization*. Los Angeles: California School of Professional Psychology.
- McBurnie, G. & Øvretveit, J. (1996). Integrating the development of health service quality. *Primary Care Management*, 6 (1), 10-13.
- McCarthy, D. & Blumenthal, D. (2006). Stories from the sharp end: case studies in safety improvement. *Milbank Quarterly*, 84 (1), 165-200.
- McDonald, K., Matesic, B., Contopoulos-Ioannidis, D. G., Lonhart, J., Schmidt, E., Pineda, N. & Ioannidis, J. P. (2013). Patient Safety strategies targeted at diagnostic errors: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158 (5), 381-390.
- Mendes, C.M.F.G.S. & Barroso, F.F. M. (2014). Promover uma cultura de Segurança em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (2), 197-205.
- Mendes, V. (2012). Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras. Tese de Mestrado Gestão da Saúde, Especialização em Gestão de Organizações de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *Qualitative Data Analysis, an Expanded Sourcebook*. (2ª ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Miles, M. B. (1983). Qualitative Analysis as an Attractive Nuisance: The Problem of Analysis. *Administrative Science Quarterly*, 24 (4), 590-601.
- Miles, M. B., Huberman, A. M. & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis, A Methods Sourcebook*. (3ª ed.). United States of America, Arizona State University: SAGE Publications.
- Mills, Durepos & Wiebe (2010). Case Selection. Na *Encyclopedia of Case Study Research*. (Vol.1, pp. 61-270). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. Disponível em: https://archive.org/stream/2.encyclopediaOfCaseStudyResearch/2.encyclopediaOfCaseStudyResearch_djvu.txt
- Mills, Durepos & Wiebe (2010). Case Study Research. Na *Encyclopedia of Case Study Research*. (Vol.2, pp. 839-918). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. Disponível em: https://archive.org/stream/2.encyclopediaOfCaseStudyResearch/2.encyclopediaOfCaseStudyResearch_djvu.txt
- Mills, Durepos & Wiebe (2010). Healthcare Practic Guidelines. Na *Encyclopedia of Case Study Research*. (Vol.1, pp. 433-448). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. Disponível em: https://archive.org/stream/2.encyclopediaOfCaseStudyResearch/2.encyclopediaOfCaseStudyResearch_djvu.txt
- Ministério da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde, Volume II-Orientações Estratégicas. Consultado em 8 de Agosto de 2014, em: http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_orientaesestratgicas.pdf
- Ministério da Saúde. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012 2016. Consultado em 8 de Agosto de 2014, em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
- Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020. Consultado em 8 de Setembro de 2015, em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.

- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006). Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Linhas%20de%20Accao%20Prioritaria.pdf>.
- Moumtzoglou, A. (2010). Factors impeding nurses from reporting adverse events. *Journal of Nursing Management*, 18 (5), 542-547.
- Muething, S. E., Goudie, A., Schoettker, P. J., Donnelly, L. F., Goodfriend, M. A., Bracke, T. M., Brady, P. W., ... Kotagal, U. R. (2012). Quality Improvement Initiative to Reduce Serious Safety Events and Improve Patient Safety Culture. *Pediatrics*, 130 (2), e423-e431.
- National Patient Safety Agency (2006). Seven steps to patient safety for primary care The full reference guide. Disponível em: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/NRLS-0315-Seven-steps-pat-ary-care-full-ref-v1.pdf>
- Neuspiel, D.R., Guzman, M. & Harewood, C. (2008). Improving Error Reporting in Ambulatory Pediatrics with a Team Approach. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 1, 1-7.
- Nie, Y., Li, L., Duan, Y., Chen, P., Barrachlough, B. H., Zhang, M. & Li, J. (2008). Patient safety education for undergraduate medical students: a systematic review. *BMC Medical Education*, 11 (33), 3-8.
- Nieva, V. & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & Safety Health Care*, 12, ii17–ii23.
- Nogueira, L. (2008). Gerenciando pela qualidade total em saúde. (3ªed.). Nova Lima: Indg Tecnologia e Serviços Ltda.
- Norris, B. (2009). Human factors and safe patient care. *Journal of Nursing Management*, 17 (2), 203-211.
- Observatório português para os Sistemas de Saúde. (2017). Viver em Tempos Incertos Sustentabilidade e Equidade em Saúde (Relatório Primavera 2017). Disponível em: http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2017.pdf.
- Observatório Português para os Sistemas de Saúde. (2013). *Dois Faces da saúde* (Relatório Primavera de 2013). Disponível em: [file:///C:/Users/pc/Downloads/RelatorioPrimavera2013_OPSS%20copia%20\(1\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pc/Downloads/RelatorioPrimavera2013_OPSS%20copia%20(1)%20(1).pdf).
- Observatório Português para os Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* (Relatório Primavera de 2015). Disponível em: <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/06/OPSS-Relat%C3%B3rio-de-Primavera-2015-16-06-2015.pdf>.
- Observatório Português para os Sistemas de Saúde. (2016). *Saúde, procuram-se novos caminhos* (Relatório Primavera de 2016). Disponível em: http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf.
- Oliveira, A., Marques, C. B., Mauritti, M.M. & Reis, T. (2007). *USF, As primeiras 50*. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/livro%20completo%20usf%2050.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde, Alto Comissariado para a Saúde. (2008). *Cuidados de Saúde Primários, Agora Que Nunca*. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf.
- Ornelas, M. (2014). O Desafio de quantificar os Eventos Adversos nos Cuidados de Saúde Primários. Proceedings) 4º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Lisboa. Consultado em 10 de Dezembro de 2014, em: <http://www.academia.edu/3623023/P>.
- Patton, M.C. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (3ª ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Pedro, A. & Pedro, L. (2013). A passagem de turno em Enfermagem e a Segurança do Doente. In 3rd Lisbon International Meeting on Quality and Patient Safety. Lisboa.
- Pedroto, I. (2006). Risco Clínico e Segurança do Doente. Nascer e Crescer. *Revista do Hospital de crianças maria-pia*, 15 (3), 168-173.
- Pereira, A. & Poupá, C. (2008). Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o Word. (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pessoa, M.G.S. (2005). A Qualidade enquanto facto de mudança nas organização de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 4,49-52.
- Pimenta, L. (2013). *Avaliação de Cultura de Segurança do Doente e Propostas de Melhoria*. Tese de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde, Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, Lisboa.
- Pisco, L. (2016). Multimorbilidade-um desafio para a gestão nos Cuidados de Saúde Primários, *Factores de RISCO*, 39 (Jan-Mar), 32-41. Disponível em: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/RFR_art624.pdf.
- Pohl, J. M., Nath, R., Zheng, K., Rachamn, F., Gans, D. N. & Tanner, C. (2013). Use of a comprehensive patient safety tool in primary care practices. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25 (8), 1-4.
- Ponte, J. P. (2006). Estudos de caso em educação Matemática. *Bolema*, 25, 105-132.
- Portaria n.º 394/2012-B. (2012). Atualização dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., Diário da República Iª Série. N.º 231 (29-11-2012), 6832 (5)-6832 (11).
- Pronovost P. & Sexton B. (2005). Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Journal of Quality & Safety Health Care*, 14 (4), 231-233.
- Pronovost, P. J., Morlock, L., Sexton, J. B., Miller, M. R., Holzmueller, C. G., Thompson, D. A., Lubomski, L.H. & Wu, A. W. (2008). Improving the Value of Patient Safety Reporting Systems. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 1, 1-9.
- Punch, K. (1998). *Introduction to Social Research: Quantitative & Qualitative Approaches*. London: SAGE Publications.
- Quivy, R. & Campenhout, L. V. (2008) *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª ed). Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R. & Campenhout, L.V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ragin, C.C. & Becker, H.S. (1992) *What is a Case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*. New York: Cambridge University Press.
- Ranji, S. R. & Shojania, K. G. (2008). Implementing patient safety interventions in your hospital: what to try and what to avoid. *The Medical clinics of North America*, 92 (2), 275–393.
- Reason, J.T. (1990). *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reis, C. T., Martins, M. & Laguardia, J. (2012). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde—um olhar sobre a literatura. *Ciência e Saúde Colectiva*, 18 (7), 2029-2036.
- Ribas, M. J. (2010). Eventos adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança-dossier:erro médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 585-589.
- Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M. & Ferreira, P. J. M. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. Instituto Politécnico de Viseu, 35, 1-20.
- Ricardo, D. (2012). A cultura de segurança do doente em alunos do 4º ano dos cursos de Tecnologias da Saúde. Tese de Mestrado em Segurança do Doente, apresentada à

- Escola Nacional de Saúde Pública, Escola Superior de Tecnologias da Saúde Lisboa, Lisboa.
- Rigobello, M. C. G., Lima de Carvalho, R. E. F., Cassiani, S. H., Galon, T., Capucho, H. C. & de Deus, N. N. (2012). Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (5), 728-735.
- Rossi, G.B., Serralvo, S.A. & João, B. N. (2014). Análise de Conteúdo. *Revista Brasileira de Marketing*, 13 (4), 39-48.
- Salinas, M., López-Garrigós M., Asencio A., Lugo J., Gutiérrez M., Flors L. & Leiva-Salinas C. (2013). Alert Value Reporting: A new strategy for patient safety. *Clinical Biochemistry*, 46 (3), 245-249.
- Sandars, J. & Esmail, A. (2003). The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. *Family Practice*, 20 (3), 231-236.
- Santos, A., Neto, C., Barreira, I., Esteves, I., Delgado, S. & Preto, L. (2013, Maio). Importância das notificações/levantamento de risco para a segurança do doente. In 3rd Lisbon International Meeting on Quality and Patient Safety. Lisboa. 24 e 25 de Maio. Lisboa: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8434>.
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57.
- Savassi, L. C. (2012). Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 7 (23), 69-74.
- Savin-Baden, M. & Major, C. H. (2013). *Qualitative Research, The essential guide to theory and practice*. London: Routledge.
- Schmidt, L. A., Rittenhouse, D. R., Wu, K. J. & Wiley, J. A. (2013). Transforming Primary Care in the New Orleans Safety-net: The Patient Experience. *Medical Care*, 51 (2), 158-164.
- Schwappach, D.L. (2010). Engaging patients as vigilant partners. A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 67 (2), 119-148.
- Seiden, S. C., Galvan, C. & Lamm, R. (2006). Role of medical students in preventing patient harm and enhancing patient safety. *Quality Safety Health Care*, 15 (4), 272-276.
- Sequeira, A. (2009). *Qual a Natureza e Frequência dos Erros na Atividade de Medicina Geral e Familiar Geral num ACES*. Tese de Mestrado em Gestão das Organizações de Saúde, apresentada ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde, Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82.
- Serranheira, F., Sousa, A. & Sousa, P. (2009). Ergonomia hospitalar e segurança do doente: mais convergências que divergências. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 58-73.
- Sheikhtaheri, A., Sadoughi, F., Ahmadi, M. & Moghaddasi, H. (2012). A framework of a patient safety information system for Iranian hospitals: Lessons learned from Australia, England and the US. *International Journal of Medical Information*, 82 (5), 335-344.
- Shekelle, P. G., Pronovost, P. J., Watcher, R. M., McDonald, K.M., Schoelles, K., Shojania, K., ... Walshe, K. (2013). The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Annals of Internal Medicine*, 158, 365-368.
- Silva, M. G. (2013). *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. Lisboa: Monitor.

- Silva, S. A, Costa, P. L., Costa, R., Tavares, S., Leite, E.S. & Passos, A. M. (2013). Meanings of quality of care: Perspectives of Portuguese health professionals and patients. *British Journal of Psychology*, 18 (4), 858-873.
- Sorra, J., Nieva, V., Fastman, B.R., Kaplan, H., Schreiber, G. & King, M. (2008). Staff attitudes about event reporting and patient safety culture in hospital transfusion services. *Transfusion*, 48 (9), 1934-1942.
- Sousa, P. (2006). Patient Safety: A necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318.
- Sousa, P. (2008). Ajustamento pelo Risco em Cardiologia de Intervenção: análise de resultados na perspectiva da qualidade e da segurança do doente. Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Especialidade em Política, Gestão e Administração da Saúde, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Sousa, P., Uva, A. S. & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 89-95.
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Pinto, F., Øvretveit, J., Klazinga, N., ... Terris, D. D. (2009). The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. *Promoção da Saúde, Especial 25 Anos*, 91-106.
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Stake, R. E. (2012). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso*. (3ª ed.). (Chaves, A. M., Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (trabalho original em Inglês publicado em 1995).
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Suñol, R., Vallejo, P., Groene, O., Escaramis, G., Thompson, A., Kutryba, B. & Garel, P. (2009). Implementation of patient safety strategies in European hospitals, *Quality and Safety in Healthcare*, 18 (1), 57-61.
- Teixeira, L. (2014). Médico de família: mudanças organizacionais e reconfigurações profissionais. *International Journal on Working Conditions*.7, 52-67.
- The Health Foudation. (2011). *Evidence scan: Improving safety in primary care*. United Kingdom. Disponível em: <http://www.health.org.uk/sites/default/files/ImprovingSafetyInPrimaryCare.pdf>.
- Tsang, C., Majeed, A. & Aylin, P. (2012a). Consultations with general practitioners on patient safety measures based on routinely collected data in primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports*, 3 (5), 1-10.
- Tsang, C., Majeed, A. & Aylin, P. (2012b). Routinely recorded patient safety events in primary care: a literature review. *Family Practice*, 29 (1), 8-15.
- Tuckman, B.W. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- University College London (2013). Quality and safety in European Union hospitals: A research-based guide for implmeenting best practice and a framework for assessing performance. United Kingdom. Disponível em: http://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Quaser/Final_publishable_summary_quaser.pdf.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Afrontamento.
- Van Maanen, J. (1983). *Qualitative Methodology*. Bervely Hills: SAGE Publications.
- Vaz, A. & Serranheira, F. (2010). No Meio do Caminho. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26, 529.

- Vilelas, J. (200). *Investigação, o Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vincent, C. & Amalberti, R. (2017). *Cuidado de Saúde mais Seguro Estratégias para o cotidiano do cuidado*. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cuidado%20de%20Sa%C3%BAde%20mais%20Seguro%20-%20PDF.pdf>
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety*. (2ª ed.). Oxford: Wiley-BlackWell.
- Vincent, C., Stanhope, N. & Crowley-Murphy, M. (1999). Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5 (1), 13-21.
- Vogus, T. J., Sutcliffe, K. E. & Weick, K. E. (2010). *Doing No Harm: Enabling, Enacting, and Elaborating a Culture of Safety in Health Care*. *Academy of Management Perspectives*, 24, 60-77.
- Walker, J. M., Carayon, P., Leveson, N., Paulus, R. A., Tooker, J., Chin, H. ... Stewart, W.F. (2008). EHR Safety: The Way Forward to Safe and Effective Systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15 (3), 272-277.
- Wallis, K. & Dovey, S. (2011). Assessing patient safety culture in New Zealand primary care: a pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in Dunedin general practices. *Journal of Primary Care*, 3 (1), 35-40.
- Waltz, C., Strickland, O. L. & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in Nurse and Health Research*. (4ª ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Watcher, R. (2010). *Compreendendo a Segurança do Paciente*. Porto Alegre, São Paulo: Artmed.
- Waterson, P. (2014). *Patient Safety Culture, Theory, Methods and Application*. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing*. London: SAGE Publications.
- Wischet, W. & Schusterschitz, C. (2009). Quality management and safety culture in medicine– Do standard quality reports provide insights into the human factor of patient safety? *German Medical Science*, 7, 1-8.
- World Health Organization (2014). *Preliminary Version of Minimal Information Model for Patient Safety*. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/IMPS_working-paper.pdf?ua=1.
- World Health Organization (2016). *Minimal Information Model for Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems, user guide*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255642/1/WHO-HIS-SDS-2016.22-eng.pdf>.
- World Health Organization News (2008). Safe Surgery Saves Lives: The Second Global Patient Safety Challenge. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 20 (3), 181-182.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2010). *Portugal Health System Performance Assessment*. Lisboa. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/131766/E94518.pdf?ua=1.
- World Health Organization, A World Alliance for Safer Health Care. (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
- World Health Organization. (2008). *Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research Results of a literature review (Better Knowledge for Safer Care)*. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf

- World Health Organization. (2012). *The Safer Primary Care Expert Working Group, Summary of Inaugural Meeting*. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/summary_report_of_primary_care_consultation.pdf.
- World Health Organization. (2017). Patient Safety, Making health care safer. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHO-HIS-SDS-2017.11-ng.pdf?ua=1>.
- Yaphe, J. (2012 a). Qualitative research in primary care in Portugal: long overdue. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28, 15-16.
- Yaphe, J. (2012 b). A new approach to medical error and adverse outcomes: a persistent need for a change in the culture in Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28, 400-401.
- Yaphe, J. (2012 c). Educational research in primary care in Portugal: the need for renewed effort now. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28, 85-86.
- Yaphe, J. (2014). Teaching and learning about uncertainty in family medicine. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30 (5), 286-287.
- Yaphe, J. (2015). Work and Health. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31 (2), 86-87.
- Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. (2^a ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Yin, R. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. (4^a ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Zohar, D. (2008). Safety climate and beyond: A multi-level multi-climate framework. *Safety Science*, 46 (3), 376-387.
- Zwart, D. L. M. & Bont. A. A. (2013). Introducing incident reporting in primary care: a translation from safety science into medical practice. *Health, Risk & Society*, 15 (3), 265-278.
- Zwart, D. L., Langelaan, M., van de Vooren, R. C., Kuivenhoven, M.M., Kalman, C.J., Verheij, T. J. & Wagner, C. (2011). Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of “SCOPE”. *Bio Med C Family Practice*, 1 (12), 1-7.

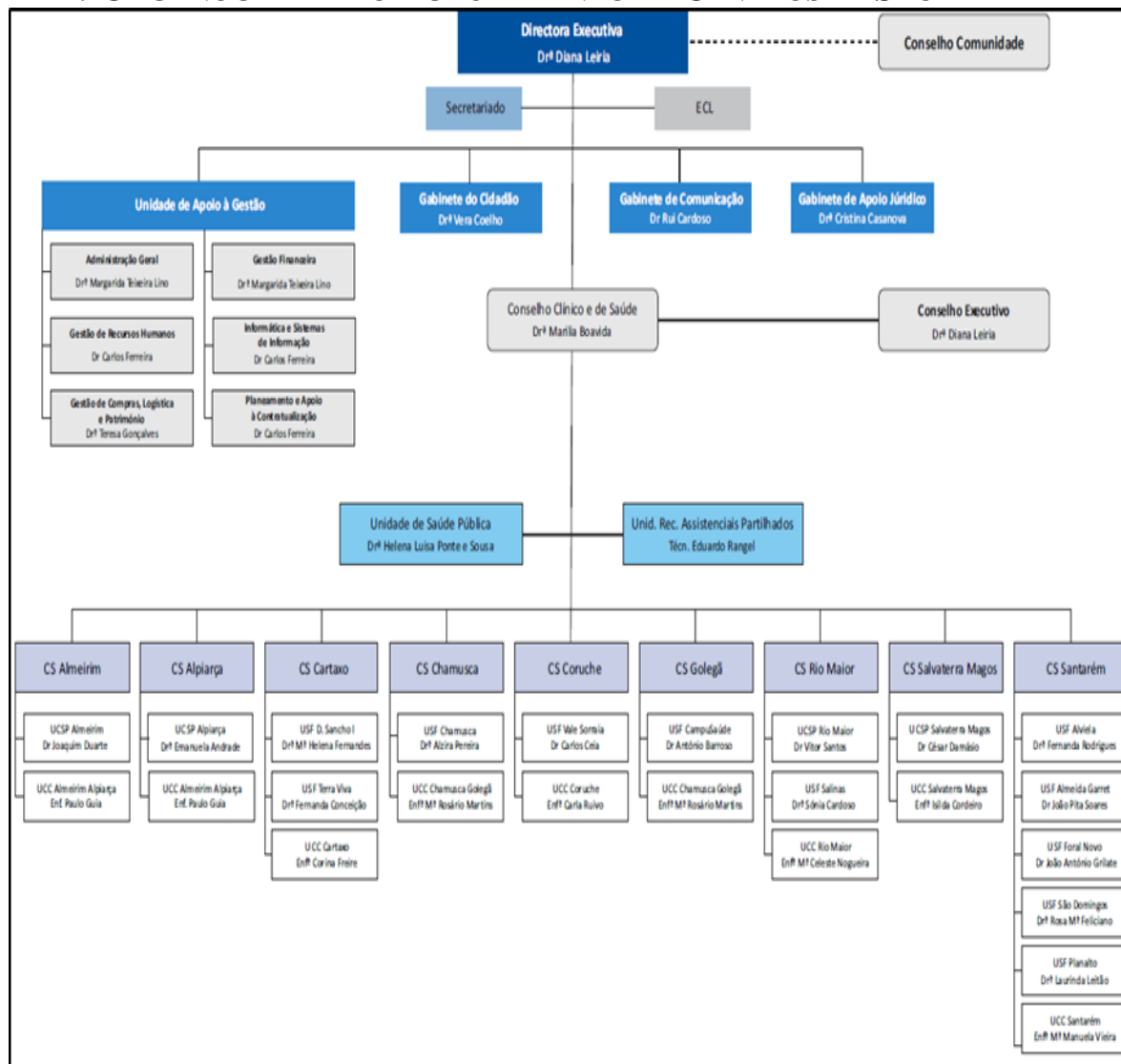
7. ANEXOS

A. TAXONOMIA E EVENTOS ADVERSOS

	Causas	Soluções Possíveis
Medicamento	Troca de medicação Interação medicamentosa grave Duplicação de princípios ativos iguais ou sobreponíveis na sua ação Atraso no início de tratamento Troca de identificação de doente	Normalizar apresentação da informação sobre o medicamento Evitar medicamentos de aspeto e nomes parecidos Promover medidas de segurança na aplicação de injetáveis Conciliar os tratamentos entre níveis de cuidados Introduzir alertas de segurança nas aplicações informáticas de prescrição Desmaterializar a prescrição
Diagnóstico	Atraso ou ausência de diagnóstico Não realização de procedimentos de rastreio Atraso/ausência de avaliação de resultados de exames Interpretação incorreta de resultados Vieses de decisão e Troca de identificação de doente	Introduzir alertas e follow-up de resultados anormais Normalizar a nomenclatura e interpretação de exames Disponibilizar sistemas de apoio à decisão
Comunicação	Troca de identificação de doente Atraso ou falha na comunicação com o doente Comunicação ineficaz médico-paciente diagnóstico ou medicação	Minimizar o uso de instruções verbais ou telefónicas Treinar e recertificar periodicamente os profissionais em entrevista clínica Verificar sistematicamente a identificação dos doentes, cruzando mais do que um dado de identificação (exº: nome e data de nascimento), encorajando o doente a participar ativamente no processo Partilhar experiências de quase-erro, eventos adversos e eventos-sentinelas Fornecer informação clara e escrita sempre que possível Implementar registo clínico único
Organização	Circuito do doente dentro do sistema Falta de procedimentos normalizados para todas as intervenções desde a entrada até à saída do doente	Estabelecer procedimentos de avaliação e prevenção de erro em todo o circuito do doente dentro do sistema de saúde Testar os procedimentos com simulação de casos Atualizar os procedimentos periodicamente de forma a incorporar as técnicas mais seguras e o conhecimento científico mais atual
Registo	Ausência de registo Troca de identificação de doente	Introduzir sistemas de apoio à decisão, alertas ou passos limitantes nos programas de registo clínico
Capacitação	Não valorização risco evento por profissionais e utentes Desconhecimento de medidas de prevenção	Desenvolver redes de comunicação entre profissionais e doentes Capacitar os doentes e o público em geral como parceiros no processo de cuidados de saúde, incluindo os doentes nas medidas que contribuem para a sua própria segurança
Notificação	Desconhecimento da existência de eventos adversos em circunstâncias semelhantes e respetivas soluções	Propor instrumentos para detetar os eventos adversos realçando a importância de uma cultura de não culpabilização e de incentivo à notificação Implementar um sistema nacional de notificação de eventos adversos, voluntário e obrigatório para os eventos graves, não culpabilizante Implementar rotinas de partilha e discussão de eventos adversos dentro das equipas Implementar sistemas de registo de incidentes dentro das equipas (exº: Diário de Bordo, SAAR) Premiar as organizações que incluem na sua prática a identificação, notificação, avaliação e implementação de medidas de correção de eventos adversos
*SAAR-Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendação		

Fonte: Ribas (2010)

B. ORGANOGRAMA DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DA LEZÍRIA



Fonte: ACES da Lezíria (2015)

8. APÊNDICES

A. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Vanda Pedrosa

Urbanização Páteo Laranjeiras, nº 1 3dto 2070-229 Cartaxo

Telemóvel: 963908824 Correio electrónico: vandavarela@sapo.pt

A/c da Diretora Executiva do ACES Lezíria

Vanda Cristina Barrocas Varela Pedrosa, Terapeuta Ocupacional de 1ª classe a exercer funções no Centro de Saúde do Cartaxo (ACES Lezíria) encontra-se a concluir o Doutoramento em Gestão pelo ISCTE Business School em Lisboa. Como tal, e de forma a realizar a tese final para a conclusão do mesmo pretende desenvolver um estudo sob o tema: Segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários-a realidade do Centro de Saúde do Cartaxo dirigido a profissionais das seguintes categorias (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e técnicos superiores). O contributo deste estudo será compreender de que forma é vista e reconhecida a segurança do doente neste contexto, e posteriormente fazer sugestão de melhorias para os serviços, tendo sempre presente a melhor evidência disponível. Este estudo passará pela realização de entrevistas, previstas para um total de dezasseis minutos cujo guião segue em anexo. Pretendo realizar estas entrevistas junto das diferentes unidades funcionais do Centro de Saúde do Cartaxo (UCC, USF's, URAP e Unidade Saúde Pública). Nestas duas últimas pretendo chegar apenas aos profissionais que exercem neste concelho. Serão solicitados aos entrevistados a sua idade e habilitações literárias. Para além da respetiva autorização peço que me indique: Qual a melhor forma de chegar aos profissionais (se através dos coordenadores das respetivas unidades funcionais ou diretamente); qualquer outra sugestão ou indicação que lhe pareça conveniente para a realização do mesmo.

Sem outro assunto me despeço, agradecendo desde já a colaboração e respetiva resposta

Com os melhores cumprimentos

Vanda Varela Pedrosa
Cartaxo, 25 de Julho de 2014

B. AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Para: vandavarela@sapo.pt

Lúisa Tomé <luisatome@srssantarem.min-saude.pt>

Maria Albertina Saramago Mendonça | Vogal CCS Lezíria <albertina.mendonca@arslvt.min-saude.pt>

Cc: Isabel Maria Alves Costa | Pres. CCS Lezíria <isabel.costa@arslvt.min-saude.pt>

Corina Freire <uccorina@cs.cartaxo.srssantarem.min-saude.pt>

Assunto: FW: Teste Doutoramento âmbito CS Cartaxo

Prioridade: Alta

Anexos: Autorização Tese Doutoramento.pdf 26 KB

Texto (23 KB)

Cara Terapeuta Vanda Varela,

Autorizo a realização de entrevistas aos profissionais do Centro de Saúde do Cartaxo no âmbito da tese final subordinada ao tema *Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários*, do Doutoramento em Gestão, conforme proposta constante do documento e guião em anexo.

Previamente à realização das entrevistas com os profissionais visados, deverá ser estabelecido contacto com os Coordenadores das respectivas Unidades, dando conhecimento do âmbito do trabalho e dos resultados que se esperam obter.

Com os meus melhores cumprimentos e votos de bom trabalho,
Paula Rodrigues

 **Paula Rodrigues**
Diretora Executiva
Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria
Avenida José Saramago, 15-17 - 2005-143 Santarém
Telef.: 243 300 700 - Fax: 243 328 773

C. GUIÃO DE ENTREVISTA

Questões entrevista ²⁰	Áreas Chave investigação em Cuidados de Saúde Primários (Ribas, 2010)
1. Qual a sua opinião sobre segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários?	Informação e Formação em Segurança do Doente
2. Qual a sua opinião sobre a cultura de segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários?	
3. Qual a sua opinião sobre a cultura de segurança do doente na equipa onde trabalha nos Cuidados de Saúde Primários?	
4. Qual/ís as causas que levam a eventos adversos nos Cuidados de Saúde Primários?	Avaliação das Causas de Eventos Adversos
5. Em concreto no seu serviço, qual/ís as causas que levam à ocorrência de eventos adversos?	Taxonomia: Classificação Universal do Tipo de Eventos Adversos
6. 1. Qual a sua opinião sobre a notificação voluntária e anónima de eventos adversos no decorrer da sua atividade profissional? 2. Já notificou eventos adversos na sua atividade profissional através de outro meio que não a plataforma Notific@? (o próximo tema entrevista)	Desenvolvimento de sistema de notificação de eventos adversos
7. Existe em Portugal, à semelhança de outros países o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos (Notific@) para notificação anónima de eventos adversos dos profissionais e doentes. 7.1. Conhecimento ou desconhecimento? 7.1.1. Enquanto Cidadão 7.1.2. Enquanto Profissional 7.2. Se indicou conhecer pessoal e/ou profissionalmente a plataforma Notific@, para a notificação de eventos adversos já concluiu alguma notificação? 7.3. Explique brevemente os eventos adversos notificados através da plataforma Notific@. 7.4. Qual a sua opinião acerca da plataforma da Direcção Geral da Saúde para notificação de eventos adversos, a plataforma Notific@?	

²⁰ NOTA: Reforçou-se junto dos entrevistados que a resposta às questões deve ser em função da sua experiência pessoal e profissional

D. PATHWAYS PERCORRIDO PELO EVENTO ADVERSO DESDE A ORIGEM ATÉ À SOLUÇÃO