



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

**CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO GESTOR NA CULTURA DE
SEGURANÇA**

Maria de Fátima Rodrigues dos Santos

Coimbra, outubro de 2023



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO GESTOR NA CULTURA DE SEGURANÇA

Maria de Fátima Rodrigues dos Santos

Orientador: Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira, Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Co-orientador: Professora Doutora Rosa Cândida de Carvalho Pereira de Melo, Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem: Área de Especialização em Gestão de
Unidades de Cuidados

Coimbra, outubro de 2023

“A cultura não faz as pessoas, as pessoas fazem a cultura.”

Chimamanda Ngozi

A mim...e a todos...

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira, pela orientação, pela partilha de ideias e conhecimento, com visão crítica, que conduziram esta dissertação de mestrado na direção certa, tornando possível concluir esta etapa.

À Professora Doutora Rosa Cândida de Carvalho Pereira de Melo, pela colaboração contribuindo para o enriquecimento do trabalho.

Ao Professor Doutor Luís Loureiro, pelo contributo que proporcionou para a análise dos dados.

Aos enfermeiros gestores que participaram no estudo, pela disponibilidade e pela partilha das suas experiências.

À minha irmã e à prima Inês, pela paciência e apoio incondicional nos momentos mais difíceis.

Aos amigos, pelo estímulo e apoio nesta caminhada, em especial à Tânia, à Liliana e à Thais que se cruzou neste percurso e nunca me deixou ceder.

Por último, mas fundamentais, aos meus filhos Pedro e Filipe, pelo incentivo constante e ao meu marido pela compreensão e carinho.

A todos, muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

CAAG - Competência Acrescida Avançada em Gestão

CISD - Classificação Internacional para a Segurança do Doente

CUE – Conselho da União Europeia

DGS – Direção Geral de Saúde

ENQS - Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

MR – Mapa de Risco

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE -Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança do Doente

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

RAM - Resistências aos Antimicrobianos

RESUMO

ENQUADRAMENTO: O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde são condicionantes de ambientes seguros. Os doentes, as famílias e os profissionais de saúde devem sentir confiança e abertura para discutir e antecipar fragilidades do sistema. Para isso é necessário priorizar, desenvolver e criar condições que permitam garantir uma cultura centrada na segurança (Despacho nº 9390/2021, 2021), cabendo ao enfermeiro gestor um papel decisivo em desenvolver e impulsionar estratégias que visem promover uma cultura de segurança, numa lógica de melhoria contínua (OE, 2018) justificando-se assim, a pertinência deste estudo.

OBJETIVOS: Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores que promovem a cultura de segurança e os fatores que condicionam a sua promoção na prática.

METODOLOGIA: Realizou-se um estudo: exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, cujos participantes foram os enfermeiros gestores de um centro hospitalar da zona centro, selecionados intencionalmente. Os dados foram obtidos através de uma discussão de *focus group*. A análise de conteúdo foi efetuada segundo a perspetiva de Bardin (2016). Os aspetos éticos foram tidos em consideração, tendo sido garantido o anonimato e a confidencialidade.

RESULTADOS: Os enfermeiros gestores identificaram a notificação de incidentes, a formação, a atribuição de áreas de responsabilidade, e as reuniões como algumas estratégias que implementam para promover a cultura de segurança. Consideraram ainda, a motivação, as competências, o envolvimento e colaboração, a documentação das práticas, a acreditação e a liderança alguns facilitadores da sua promoção. Porém, também identificaram alguns constrangimentos que a dificultam, nomeadamente as dotações insuficientes, a notificação punitiva, a interoperabilidade ineficiente, a resistência à mudança e a escassez e inoperacionalidade dos recursos materiais.

CONCLUSÕES: Os enfermeiros gestores encontram-se numa posição privilegiada para proporcionar a implementação de estratégias promotoras da cultura de segurança, de acordo com a mais recente evidência e favorecer a segurança dos cuidados, porém deparam-se com alguns constrangimentos a ultrapassar.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro gestor, Cultura de segurança, Qualidade de cuidados.

SUMMARY

BACKGROUND: The context and conditions in which healthcare is provided are conditioning factors for safe environments. Patients, families, and health professionals must feel confident and open to discuss and to anticipate weaknesses in the system. To achieve this, it is necessary to prioritise, develop and create conditions that ensure a safety centred culture (Despacho no. 9390/2021, 2021), with the nurse manager playing a decisive role in developing and promoting strategies aimed at fostering a safety culture, in a continuous improvement logic (OE, 2018), thus justifying this study's relevance.

OBJECTIVES: To identify the strategies used by nurse managers to promote a safety culture and the factors that condition its promotion in practice.

METHODOLOGY: An exploratory-descriptive study of a qualitative nature was carried out, whose participants were the nurse managers of a hospital centre in a central region, selected intentionally. The data was obtained through a focus group discussion. The content was carried out according to the perspective of Bardin (2016). Ethical aspects were taken into consideration and anonymity and confidentiality were guaranteed.

RESULTS: Nurse managers identified incident reporting, training, assigning areas of responsibility and meetings as some of the strategies they implement to promote a safety culture. They also considered motivation, competences, involvement and collaboration, documentation of practices, accreditation, and leadership to be facilitators. However, they also identified some constraints that hinder it, namely insufficient funds, punitive notification, inefficient interoperability, resistance to change and the scarcity and inoperability of material resources.

CONCLUSIONS: Nurse managers are in a privileged position to implement strategies that promote a safety culture in line with the latest evidence and favour safe care, but they face some constraints to overcome.

KEYWORDS: Nurse manager, Safety culture, Quality of care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura Concetual- O enfermeiro gestor como potenciador da cultura de segurança.....	46
Figura 2 - Categorias e subcategorias relacionadas	48
Figura 3 - Subcategoria da categoria "Estratégias"	49
Figura 4 - Subcategorias da categoria "Constrangimentos"	56
Figura 5 - Subcategoria da categoria "Facilitadores"	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pilares e Objetivos do PNSD	34
Tabela 2 - Competências por áreas, no domínio da gestão.....	36
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e profissional.....	45

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1. SEGURANÇA EM SAÚDE	25
1.1. CULTURA DE SEGURANÇA	25
1.2. SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS.....	31
2. PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR.....	35
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	39
1. METODOLOGIA	39
1.1. TIPO DE ESTUDO	39
1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO	40
1.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO	40
1.4. COLHEITA DE DADOS.....	41
1.5. ANÁLISE DE DADOS.....	42
1.6. ASPETOS ÉTICOS	43
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .	45
1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	45
2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
CONCLUSÃO	69
BIBLIOGRAFIA.....	73

APÊNDICES

APÊNDICE I: GUIÃO DO *FOCUS GROUP*

APÊNDICE II: CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE III: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

INTRODUÇÃO

O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde são condicionantes de ambientes seguros. Os doentes, as famílias e os profissionais de saúde devem sentir confiança e abertura para discutir e antecipar fragilidades do sistema. Para isso é necessário priorizar, desenvolver e criar condições que permitam garantir uma cultura centrada na segurança respondendo de forma transparente aos desafios inerentes à complexidade da prestação de cuidados de saúde (Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro).

A melhoria contínua da qualidade é uma preocupação desde há largos anos quer de instâncias internacionais quer a nível nacional. Estas têm vindo a assumir uma postura de maior atenção, no que diz respeito à segurança dos cuidados prestados aos cidadãos.

Em 2002, a 55ª Assembleia Mundial de Saúde, apelou à necessidade de melhorar a segurança do doente e à qualidade dos cuidados, invocando aos estados-membros uma atenção reforçada nesta área. A Organização Mundial de Saúde (OMS) ficou responsável por desenvolver normas/padrões e apoiar os estados-membros no desenvolvimento de políticas de segurança do doente. Neste âmbito, foi criada em 2004, a *World Alliance for Patient Safety*. Este grupo de trabalho ficou responsável por desenvolver um projeto, com vista a promover e a melhorar a segurança do doente, do qual resultou a criação da Classificação Internacional para a Segurança do Doente (CISD). No seguimento deste programa, foi publicado pela OMS, em 2009, a *“Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report”*, traduzido para português, em 2011, com o título *“Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final”* (Direção Geral da Saúde, 2011).

Neste contexto, as organizações de saúde viram-se obrigadas a reestruturar políticas que garantissem o investimento na gestão da qualidade dos cuidados, gerindo os riscos, avaliando os resultados e a satisfação do cidadão, dando destaque à exigência e à responsabilidade perante a sociedade (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro).

Em 2015, foi publicado em Portugal, o primeiro Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020, que destaca a melhoria da segurança na prestação de cuidados de saúde, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade, através de ações que visem uma cultura de segurança, partilha de informação e conhecimento. No seguimento do plano anterior e alinhado com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) foi elaborado o PNSD 2021-2026 que tem como objetivo promover e consolidar a segurança dos cuidados de saúde, sustentado por cinco pilares: a cultura de segurança; a liderança e governança; a comunicação; a prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas seguras em ambientes seguros.

A preocupação com a qualidade dos cuidados e a segurança do doente deve estar presente em todo e qualquer cuidado prestado. Assim, as instituições de saúde e os seus profissionais têm de estar profundamente envolvidos na segurança do doente promovendo a cultura de segurança, sendo que para isso é necessário empoderar os profissionais através de estratégias que os capacitem e orientem nessa área.

A cultura de segurança de uma instituição, segundo a OMS, está imbuída de crenças, valores, perceções, competências e atitudes individuais e de grupo, que se traduzem na forma como a instituição prestadora de cuidados se compromete com a segurança dos doentes, sendo também, um estilo e uma competência de gestão (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro).

O Regulamento n.º 76/2018, alusivo à Competência Acrescida Avançada em Gestão (CAAG), evidencia o papel do enfermeiro gestor, conferindo-lhe uma maior abrangência de papéis e de responsabilidades, considerando a gestão, a assessoria e a consultadoria como domínios da competência acrescida do enfermeiro gestor. Neste regulamento está explanado que no domínio da gestão, é competência do enfermeiro gestor garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera; garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos cidadãos em matéria de cuidados de saúde e o desenvolvimento de competências dos profissionais da sua equipa, garantindo a prática profissional baseada na evidência. Salienta também, a importância do enfermeiro gestor como agente ativo nos processos de mudança, destacando a responsabilidade social e a transparência.

O International Council of Nurses (ICN) (2022), refere que os enfermeiros estão numa posição privilegiada para assegurar a melhoria da qualidade e a segurança dos

cuidados, instituindo os cuidados seguros como uma das prioridades de investigação e atuação.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) destaca como fundamentais as funções de gestão exercidas por enfermeiros, para garantir a qualidade e a segurança do exercício profissional, representando um fator determinante para a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento nº 76/2018 de 30 de janeiro). Reconhecendo-se, assim, ao enfermeiro gestor um papel decisivo em desenvolver e impulsionar estratégias que visem promover uma cultura de segurança, numa lógica de melhoria contínua.

Tendo em conta os pressupostos supramencionados, torna-se pertinente identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores que promovem a cultura de segurança e os fatores que condicionam a sua promoção na prática. Deste modo, pretende-se incrementar boas práticas de promoção de uma cultura de segurança de acordo com as melhores evidências e potenciar uma cultura que assegure processos de melhoria contínua da qualidade.

Esta dissertação encontra-se estruturada em três capítulos. O primeiro reporta-se ao enquadramento teórico acerca da abrangência da problemática em estudo, no segundo capítulo descreve-se o enquadramento metodológico, no terceiro capítulo apresentam-se os dados obtidos, a análise e discussão dos resultados. Este documento integra ainda, a presente introdução, a síntese final com alusão aos principais contributos, às limitações e considerações para futuros estudos, seguindo-se a bibliografia consultada.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SEGURANÇA EM SAÚDE

A Lei de Bases da Saúde, para além de outros aspetos, considera a proteção da saúde como um direito fundamental e social, e que o acesso aos cuidados de saúde deve ser de forma digna, no tempo considerado aceitável e adequado a cada situação, baseado na melhor evidência disponível e pautado pela qualidade e segurança em saúde (Lei nº 95/2019 de 4 de setembro).

A segurança é um elemento incontornável na gestão da qualidade e fundamental na prestação de cuidados, requerendo envolvimento e cooperação dos vários intervenientes, nomeadamente decisores políticos, instituições, profissionais de saúde, doentes e sociedade civil.

No sentido de promover e fortalecer a segurança na prestação dos cuidados de saúde resulta o PNSD 2021-2026, o qual apresenta como um dos pilares estruturantes, a cultura de segurança (Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro).

1.1. CULTURA DE SEGURANÇA

Cada instituição é caracterizada por um ambiente próprio, no qual os seus profissionais influenciam e são influenciados por quem recorre aos serviços de saúde. Neste sentido ambos são agentes e destinatários de mudança, interferindo na cultura de segurança. Esta cultura, segundo a OMS é caracterizada por um conjunto de crenças, valores, perceções, competências e atitudes individuais e de grupo, que se traduzem na forma como a instituição prestadora de cuidados se compromete com a segurança dos doentes, sendo também, um estilo e uma competência de gestão. (Despacho nº1400-A/2015 de 10 de fevereiro)

Segundo Parker, mencionado por Fragata (2012), a cultura de segurança classifica-se em 5 níveis: patológica, reativa, calculista, proativa e geradora. Na patológica os acidentes são considerados como inevitáveis e as medidas de segurança transtornam o trabalho e são impostas por legislação. No tipo reativo só após o acidente acontecer se pensa na segurança e reage-se tentando identificar culpados. Na cultura calculista os riscos são calculados e analisados por um grupo de gestão de risco, a equipa tem conhecimento que a gestão do risco é feita por esse grupo. Já na cultura proativa,

para além dos gestores do risco, toda a equipa está envolvida na segurança encarando as medidas implementadas como parte da segurança. Quanto à cultura geradora, esta incorpora uma constante preocupação com a segurança e as melhorias são sempre vistas como um investimento, a gestão proporciona um ambiente livre de culpa onde a equipa está confortável com a notificação de eventos. Organizações bem estruturadas apresentam uma cultura de segurança proativa ou geradora. Para passar a um nível superior da cultura de segurança é necessário implementar mudanças e ultrapassar barreiras, o que nem sempre é fácil.

A cultura de segurança não se desenvolve de um momento para o outro, é algo complexo e requer envolvimento de toda a equipa, onde a liderança desempenha um papel fundamental. Em todo este processo a comunicação é uma ferramenta essencial (Fragata, 2012). Deste modo, a comunicação eficaz e a cooperação entre os elementos da equipa são fundamentais para fomentar a tomada de decisão e o trabalho em equipa, o que contribui significativamente para o incremento da cultura de segurança.

Na perspetiva de Lima (2014) a cultura de segurança de uma instituição abrange um conjunto de valores partilhados pelos seus membros, baseados no funcionamento e interação entre unidades e destas com a estrutura organizacional, que juntos elaboram protocolos de atuação para promover a segurança da instituição.

Um dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 foi aumentar a cultura de segurança do ambiente interno ao qual foram associadas oportunidades de melhoria, nomeadamente a frequência da notificação, a resposta ao erro não punitiva, a dotação de profissionais, o trabalho entre unidades, e o apoio à segurança do doente pela gestão (Despacho nº1400-A/2015 de 10 de fevereiro).

O mesmo despacho explicita que tanto a OMS como o Conselho da União Europeia (CUE) destacam como um dos princípios fundamentais para mudar comportamentos e melhorar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados, a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde desempenham funções, recomendando essa avaliação. Em Portugal a avaliação da cultura de segurança teve início em 2014 nos hospitais e em 2015 nos agrupamentos de centros de saúde.

Os instrumentos para avaliação da cultura de segurança são diversos. Em Portugal a Direção Geral da Saúde (DGS) implementou a avaliação da cultura de segurança através da norma 025/2013, a partir do questionário "Hospital Survey on Patient Safety

Culture” (HSOPSC) que foi traduzido e validado para Portugal. Esta avaliação deve ser realizada de dois em dois anos em todos os hospitais através do preenchimento do questionário por todos os profissionais e colaboradores. Este instrumento permite o benchmarking internacional sendo usado por aproximadamente 71 países e a sua tradução contempla pelo menos 32 línguas. O questionário é facultado por via eletrónica aos presidentes das comissões da qualidade e segurança dos doentes e avalia 12 dimensões da cultura de segurança do doente, as quais se apresentam de seguida:

- Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente;
- Trabalho em equipa;
- Trabalho entre unidades;
- Profissionais;
- Apoio à segurança do doente pela gestão;
- Perceções gerais sobre segurança do doente;
- Aprendizagem organizacional – melhoria continua;
- Abertura na comunicação;
- Transições;
- Feedback e comunicação acerca do erro;
- Resposta não punitiva ao erro;
- Frequência da notificação de eventos.

A norma 005/2018 da DGS, explicita que os resultados das avaliações realizadas em Portugal indicam que o trabalho entre unidades, as transferências/transições de cuidados, a abertura na comunicação, a resposta ao erro não punitiva, a frequência da notificação, a dotação de profissionais, as perceções gerais sobre a segurança, e o apoio à segurança do doente pela gestão, são dimensões da cultura de segurança do doente que necessitam de intervenção. Pelo que, a avaliação da cultura de segurança torna-se essencial para diminuir o risco inerente à prestação dos cuidados de saúde, contribuindo para a segurança do doente.

Também Ashurst (2017) reforça esta ideia, ao referir que a avaliação da cultura de segurança de uma instituição permite identificar pontos fortes e os pontos fracos e a partir daí, desenvolver e implementar medidas que fortaleçam a cultura de segurança com conseqüente minimização dos erros. Pelo que a realização do diagnóstico da situação acerca da cultura de segurança antes da implementação de quaisquer mudanças relacionadas com a segurança do doente é fundamental.

Outro aspecto relevante para a promoção da cultura de segurança, explanado no PNSD 2021-2026 é a literacia em saúde. Para isso, os cidadãos têm de estar informados e capacitados, mas mais que isso, têm de serem motivados e envolvidos nas questões da saúde em geral e da sua saúde em particular, para acederem aos cuidados de saúde de forma racional e responsável (DGS,2018).

Nesse âmbito a DGS implementou algumas estratégias, nomeadamente o Manual de boas Práticas de Literacia em Saúde, o lançamento e implementação do SNS+ Proximidade, a realização de cursos *on line* de acesso livre e gratuito através da plataforma NAU, a biblioteca de literacia em saúde que faculta a consulta de documentos digitais.

O despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, elucida que a cultura de segurança de uma instituição está fortemente relacionada com os incidentes que ocorrem durante a prestação de cuidados e que vários estudos realizados demonstram que nas instituições que descurem o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde, o risco de ocorrerem incidentes aumenta cerca de dez vezes. Assim, uma cultura de segurança que se deseja forte, necessita que cada profissional de saúde assuma um papel proativo face ao erro e, tanto a liderança como a gestão organizacional, deverão empenhar-se em impulsionar esse papel (American College of Healthcare Executives, 2017).

A melhoria da cultura de segurança é fundamental para prevenir e mitigar a ocorrência de erros, estes podem ter implicações económicas e sociais, na medida em que podem conduzir à descrença na idoneidade e reputação das instituições e dos seus profissionais e aos aumentos dos custos que daí advém (Costa, 2014).

A OMS e a CUE salientam a importância de ações que visem a aprendizagem a partir do erro, numa ótica de melhoria continua, não punitiva, recomendando aos Estados Membros a sua implementação (Despacho 9390/2021 de 24 de setembro). Contudo, a abordagem que muitas vezes se pratica face ao erro, continua a assentar numa cultura punitiva e de culpabilização, fatores que não contribuem nem para a sua resolução, nem para evitar que erros semelhantes se repitam (AHRQ, 2019).

Os erros estão associados a sentimentos de incompetência, incapacidade, vergonha e culpa, para além do medo de penalizações éticas, sociais e legais, o que dificulta a colaboração dos profissionais na notificação do mesmo. Desta forma, reforçar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre segurança do doente através da formação, assumindo que o erro é inerente à prestação de cuidados, reconhecer a importância da notificação anónima incrementando a aprendizagem a partir do erro e

minimizar o estigma da punição, são um contributo para uma verdadeira cultura de segurança do doente nas instituições de saúde (Fragata, 2014). Neste sentido, é necessário inverter o predomínio de uma cultura de culpabilização e punição e potenciar uma cultura de aprendizagem e responsabilização através da reflexão e análise.

Os eventos adversos comprometem a segurança do doente, sendo imprescindível conhecer, notificar e refletir sobre eles pois, só desse modo, se torna possível a aprendizagem a partir dos mesmos. Implementar medidas e consequente monitorização que reforcem a segurança do doente mantém-se uma prioridade (Mendes & Barroso, 2014)

Reason (2000) atribui um carácter multifatorial às falhas de segurança do doente, referindo que para a ocorrência de um evento adverso é necessário o alinhamento de vários fatores, sejam eles individuais (do profissional ou doente), do local de trabalho, organizacionais ou reguladores. Este tipo de abordagem permite dar enfoque à análise de todo um sistema e não direciona a culpabilização para o profissional.

Na abordagem do erro, também Kang, Ho e Lee (2020) defendem que esta não se deve centrar apenas no indivíduo, mas sim na interação de todo o sistema. A abordagem por esta perspetiva tem em consideração o contexto em que o erro ocorre, considerando que o indivíduo é falível e que o erro é previsível em qualquer instituição. Sendo necessário investir nos profissionais e redesenhar o sistema de forma a torná-lo mais seguro (Fragata, 2010). Desta forma é possível identificar lacunas na segurança do doente e evitar que erros semelhantes se repitam. A implementação desta abordagem promove uma cultura de fiabilidade, que se caracteriza pela gestão do inesperado, dos incidentes e das relações interpessoais (Fragata, 2012).

Herssels, Paliwal, Weaver, Siddiqui e Wurmser (2019) sugerem que uma comunicação aberta sobre os erros num ambiente não punitivo, enfatizando o feedback e definição de expectativas, contribuem para a notificação voluntária de eventos adversos e para a sua prevenção. Ainda Batista, et al., (2019) referem que a comunicação é uma competência fundamental para a segurança nos serviços de saúde e que a identificação de fraquezas no processo comunicacional pode contribuir para a cultura de segurança, na medida em que permite ao enfermeiro gestor a oportunidade de implementar medidas de melhoria.

Através da notificação é possível reforçar o propósito da aprendizagem organizacional, centrado no sistema e não no notificador (Duffy, 2017; Rafter et al., 2015). Assim, a promoção de uma abordagem sistémica perante o erro, que permita que deste surjam

momentos de aprendizagem, não associados a punição ou culpabilização imediatas é fundamental.

Águas, Araújo e Soares (2017) referem que quanto maior for a capacidade de cada instituição e os seus profissionais para se reorganizarem de forma a incutir o relato de notificação de eventos, análise, sistematização e aprendizagem com os erros, mais forte será a cultura de segurança. Wang et al., (2014) corroboram desta ideia quando salientam que nas instituições com uma forte cultura de segurança a taxa de eventos adversos é menor. Neste sentido, torna-se premente tomar uma atitude honesta perante o erro e assumi-lo, sem medo de represálias, pois só dessa forma há envolvimento na procura de soluções e tornar o ambiente mais seguro. Ko e Yu (2017) salientam que a notificação de erros e eventos adversos é tanto maior quanto maior a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança.

A implementação de medidas que impulsionem a cultura de segurança é fundamental. Para tal, os profissionais de saúde devem estar munidos de conhecimentos científicos, técnicos e humanos, garantindo uma cultura organizacional de segurança, que conduza a uma melhoria dos indicadores de qualidade (Sfantou et al., 2017).

Para a avaliação da qualidade dos cuidados em saúde, foi desenvolvida, por Avedis Donabedian, a cadeia estrutura-processo-resultado, que inclui os indicadores de estrutura que permitem avaliar fatores relacionados com estrutura organizacional incluindo recursos humanos e materiais, os indicadores de processo, que avaliam a forma como os cuidados de saúde são realizados e ainda os indicadores de resultado, que permitem avaliar os resultados ou impacto sobre a saúde dos doentes (Donabedian, 2005).

Segundo Fragata (2012) a acreditação atribui um grau de qualidade às unidades de saúde, sendo um instrumento de avaliação e monitorização das mesmas, na medida em que através dos processos de acreditação são analisados os aspetos críticos da estrutura e dos processos de trabalho, proporcionando a implementação de mudanças, o que promove a cultura de segurança e contribui para a melhoria contínua da qualidade.

Deste modo, a implementação de processos de acreditação das unidades de saúde contribui para a avaliação e gestão da qualidade propiciando o desenvolvimento da segurança dos doentes e dos profissionais.

1.2. SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS

A qualidade em saúde, sendo difícil de definir, representa uma interligação entre efetividade (eficácia e eficiência), satisfação/expectativas do doente e a segurança dos cuidados (Fragata, 2012). O mesmo autor, salienta que a segurança na prestação de cuidados é indissociável da qualidade, na medida em que não haverá qualidade se não houver segurança, e maior segurança traduz maior padrão de qualidade. Deste modo a segurança dos cuidados torna-se uma prioridade nas agendas políticas, numa responsabilidade da gestão das unidades de saúde e num requisito essencial na prestação de cuidados (Gomes, 2019).

Face à necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados, a OMS, solicitou aos seus estados-membros o desenvolvimento de políticas centradas na exigência e responsabilidade perante a sociedade, no estabelecimento de estratégias de melhoria da qualidade, no aumento da preocupação em gerir o risco e no crescente interesse em avaliar não só os resultados obtidos, mas em avaliar o grau de satisfação das pessoas (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro).

Neste âmbito e na procura de excelência do exercício profissional dos enfermeiros, contribuindo para a implementação de sistemas de qualidade em saúde, o conselho de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE), definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem apresentando seis categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Estes enunciados visam orientar o exercício profissional dos enfermeiros por forma a garantir a qualidade dos cuidados. São um apoio incontornável na tomada de decisão, dando visibilidade à dimensão autónoma do exercício profissional, quer ao cidadão quer aos outros profissionais e à sociedade em geral.

Em 2006, a OMS definiu que os cuidados de saúde devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, oportunos, integrados equitativos e seguros. Também a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) colocou em destaque, como dimensões da qualidade, a eficácia, a centralidade nos doentes e a segurança (WHO, 2020).

Em Portugal, o Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho, aprovou a (ENQS), e desde essa altura que as principais prioridades do sistema de saúde português são a qualidade e a segurança.

A ENQS evidencia que o conceito de qualidade na saúde é fundamentado por várias dimensões como a aceitabilidade e satisfação do cidadão, acessibilidade, a pertinência dos cuidados no momento adequado e na segurança dos mesmos. Também a garantia da continuidade dos cuidados, bem como a eficácia e eficiência, são aspetos essenciais (Despacho nº 5613/2015, de 27 de maio).

Esta ideia é referida por Fragata (2006), quando diz que cuidados de saúde de qualidade são cuidados prestados de acordo com a melhor evidência, ao doente certo e no momento certo, porém outras dimensões como a equidade, a acessibilidade e a satisfação devem ser consideradas.

Desde 2012 que a DGS tem como missão planejar e programar a política nacional para a qualidade promovendo ações e programas que proporcionem a segurança dos doentes, numa lógica de melhoria continua da qualidade dos cuidados.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, salienta que todo o cidadão tem direito a cuidados de saúde de qualidade podendo e devendo exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados. Evidencia ainda que, um dos componentes elementares da qualidade em saúde é a segurança, tornando-se numa prioridade para a credibilidade das instituições. (DGS, 2013)

O despacho nº 5613/2015, de 27 de maio, destaca a qualidade como uma garantia de sustentabilidade do sistema nacional de saúde português, na medida em que os cidadãos estão cada vez mais informados e críticos, exigindo cada vez mais transparência e esclarecimento acerca dos cuidados que lhe são prestados e dotados para optar pelas instituições cuja qualidade seja reconhecida. E, desse modo, cabe às instituições de saúde implementar estratégias que garantam a segurança dos cuidados prestados e a melhoria continua da qualidade. Sendo que, a transparência no sistema de saúde poderá manifestar-se como uma oportunidade de melhoria (Fragata, 2006).

A OMS, define segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”. Tornando-se necessário a implementação de medidas que promovam a segurança do doente (DGS, 2011, p.14).

Nessa conjuntura e tendo como propósito promover a melhoria da segurança dos cuidados e minimizar a ocorrência de incidentes, relacionados com a prestação de cuidados de saúde, surge o PNSD 2015-2020, respeitando as orientações

internacionais sobre segurança do doente, nomeadamente do CUE. Este plano teve como pretensão fornecer mecanismos, que contribuíssem para a melhoria continua da qualidade e da segurança dos cuidados, tanto a favor dos profissionais como para benefício dos doentes. Colocando em destaque a melhoria da segurança na prestação de cuidados de saúde a todos os níveis de cuidados numa perspetiva de melhoria continua da qualidade do serviço nacional de saúde, através de ações que visem uma cultura de segurança, partilhando informação e conhecimento. Para isso, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Incrementar a cultura de segurança do ambiente interno e da comunicação.
- Incrementar a segurança cirúrgica, bem como na utilização da medicação.
- Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
- Prevenir a ocorrência de quedas e de úlceras de pressão.
- Garantir a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
- Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

De referir que o mesmo plano destaca, como oportunidades de melhoria, o incentivo do trabalho entre unidades, a dotação de profissionais, o aumento da frequência da notificação, a promoção de resposta ao erro de forma não punitiva e a promoção da segurança do doente através da gestão.

Alinhado com a ENQS e segundo as orientações do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021 - 2030 da OMS, foi traçado um novo plano, o PNSD 2021-2026, que mantém a promoção e consolidação da segurança na prestação de cuidados de saúde, mas ao qual foram adicionados os cuidados no domicílio e a telemedicina. É um plano com ações a serem implementadas e metas a atingir, podendo ser necessário reajustes e atualizações, consoante os desafios e necessidades inerentes à segurança do doente (Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro).

O plano supracitado consiste numa excelente ferramenta de ajuda, tanto para gestores como para os restantes profissionais, fomentando a segurança da prestação dos cuidados, evidenciando a importância do empenho e responsabilização aos vários níveis de cuidados.

O PNSD 2021-2026 é suportado por 5 pilares bem sustentados em matéria de segurança do doente que incluem catorze objetivos demonstrados na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Pilares e Objetivos do PNSD

PILARES	OBJETIVOS
Cultura de segurança	Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente. Avaliar a Cultura de Segurança. Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.
Liderança e governança	Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021 -2026. Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local.
Comunicação	Otimizar a comunicação intra e interinstitucional. Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados. Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.
Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente	Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA. Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA.
Práticas seguras em ambientes seguros	Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde. Monitorizar a implementação de práticas seguras Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM). Promover a telessaúde segura.

Fonte: Despacho nº9390/2021

As estratégias implementadas, ao longo dos anos em conformidade com as agendas políticas vigentes, tiveram a qualidade e a segurança em saúde como tópicos em destaque. Porém, a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança do doente devem permanecer como um requisito na prática profissional dos enfermeiros, sendo imprescindível o desenvolvimento da cultura de segurança, para isso, o contributo dos gestores como líderes da mudança é fundamental.

2. PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR

A complexidade das instituições de saúde, caracterizadas por um elevado grau de interdependência nos processos terapêuticos que pode conduzir a falhas na segurança, necessita de uma liderança eficaz, capaz de implementar medidas que promovam e sustentem a segurança do doente (Gandhi et al., 2016; Costa, 2014) e que assentem na aprendizagem, na proatividade e na resiliência em relação ao erro, incrementando a mudança de comportamentos (Fragata, 2012).

Deste modo, implementar mudanças que favoreçam uma cultura de aprendizagem e responsabilização que promovam cuidados seguros aos doentes, constitui-se uma obrigação na tomada de decisão do enfermeiro gestor.

No Decreto-lei 71/2019 de 27 de maio, está explanado que o enfermeiro gestor deve promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, bem como garantir a monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Segundo Guerra (2018), o enfermeiro gestor recorre a indicadores de resultado, mas sobretudo de processo, uma vez que são os que melhor demonstram a evolução das práticas baseadas na evidência e a maior eficiência na gestão dos escassos recursos disponíveis, conferindo-lhe um papel ativo na monitorização da qualidade dos cuidados prestados, na liderança dos projetos e na criação de condições para uma prática segura. Assim, a qualidade dos cuidados deve ser garantida pelo enfermeiro gestor, por forma a que se estabeleça um compromisso com o cidadão, assente no respeito pela cidadania e no interesse público. Para isso, também é fundamental que o enfermeiro gestor seja empoderado e apoiado por parte das instituições (Harton & Skemp, 2022).

O regulamento da competência acrescida avançada em gestão, caracteriza enfermeiro gestor como:

o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da

Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde. (p.3478)

O mesmo regulamento, no seu artigo 5º, expõe as competências do enfermeiro gestor no domínio da gestão e as áreas às quais essas competências estão relacionadas. As quais são exibidas na tabela seguinte:

Tabela 2 - Competências por áreas, no domínio da gestão

ÁREA	COMPETÊNCIA
A prática profissional, ética e legal.	<p>Desenvolve uma prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional.</p> <p>Esta competência sustenta-se por num conjunto de atitudes e conhecimentos do âmbito profissional, ético-deontológico e legislativo, traduzido na transparência dos processos de tomada de decisão e na utilização sensata do poder.</p>
A gestão pela qualidade e segurança.	<p>Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.</p> <p>Esta competência baseia-se num conjunto atitudes, aptidões e conhecimentos no âmbito dos princípios da qualidade, sendo um modelo de referência e excelência que permite estruturar, avaliar e melhorar continuamente a qualidade da prestação de cuidados de saúde e das instituições. O envolvimento total, a melhoria dos processos e a orientação para o cidadão são princípios essenciais.</p>
A gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional.	<p>Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização.</p> <p>Esta competência assenta num conjunto de</p>

	conhecimentos, aptidões e atitudes coesas e estruturadas referentes ao processo de planeamento, formação e pesquisa e às ciências comportamentais, transpostos na governação clínica.
O planeamento, organização, direção e controlo	Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança. A competência suporta-se por um conjunto de conhecimentos, aptidões e atitudes indissociável ao desenvolvimento das funções de gestão e ao processo de tomada de decisão. Apoia-se num modelo de gestão promotor da qualidade e da segurança tendo como foco a satisfação das pessoas, contribuindo para o desenvolvimento institucional.
A prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde	Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde. A competência baseia-se num conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes no domínio da investigação-ação e da avaliação de indicadores da estrutura dos processos e dos resultados.

Fonte: Regulamento nº 76/2018

De acordo com as competências supracitadas, as funções de gestão são cruciais para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional. Cabe ao enfermeiro gestor, garantir a prática baseada na evidência dinamizando as mudanças necessárias através da promoção e implementação de estratégias, programas e projetos que incrementem a qualidade e a segurança e que garantam a melhoria continua da qualidade, adotando uma conduta ético deontológica no suporte à tomada de decisão.

A prestação de cuidados de qualidade, e, por conseguinte, seguros, é influenciada por vários fatores, nomeadamente pelo apoio e liderança dos enfermeiros gestores (Olds, Aiken, Cimiotti, & Lake, 2017). Assim, um verdadeiro líder possui a capacidade de envolver a equipa na cultura organizacional agindo com coerência e justiça sendo a sua inspiração. Deste modo, o enfermeiro gestor, estará a construir uma equipa motivada promotora da cultura de segurança. No seu estudo, Ko e Yu (2017) mencionam que, quanto mais eficaz for a liderança, maior a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA

A investigação em enfermagem constitui-se um elemento fundamental para desenvolver uma prática baseada na evidência e melhorar a qualidade dos cuidados. Fortin (2009) refere que a investigação científica difere de outros tipos de aquisição de conhecimentos devido ao seu caráter rigoroso e sistemático, que permite alargar o campo de conhecimentos, guiar a prática e garantir a credibilidade da profissão. A OE (2020) considera a investigação fundamental para a compreensão dos fenómenos e da sua inter-relação para a obtenção e desenvolvimento do conhecimento.

Este capítulo pretende dar a conhecer as opções metodológicas que nortearam o desenho desta investigação.

1.1. TIPO DE ESTUDO

O estudo realizado é de caráter exploratório-descritivo de natureza qualitativa, tendo como ponto de partida os relatos dos enfermeiros gestores acerca dos contributos na cultura de segurança, obtidos através de *focus group*.

A pesquisa qualitativa pressupõe a crença de que existem múltiplas realidades atendendo às perceções dos indivíduos e mutáveis em função do tempo, pelo que estas realidades têm uma relação estreita com o contexto. Assim, a investigação qualitativa põe em destaque a procura de significado de um determinado fenómeno em estudo e atribui-lhe sentido. Este tipo de investigações, tem por base o estudo de fenómenos pouco conhecidos escolhidos e analisados em detalhe pelo investigador com o intuito de proceder à criação de uma nova realidade, a qual faça sentido para os indivíduos envolvidos (Fortin, 2009).

Também para Polit e Beck (2019) a investigação qualitativa procura compreender como é que o fenómeno a investigar é construído pelos indivíduos, sem o isolar do contexto. Sendo para isso necessário descrever e explicar o fenómeno na sua totalidade.

1.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

A questão de investigação é um elemento essencial num estudo, pois permite especificar os aspetos a estudar, assim como o método a utilizar para obter novas respostas, sendo uma interrogação ao que se pretende explorar (Fortin, 2009). Surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão das Unidades de Cuidados a partir da constatação que, no que respeita à segurança do doente, nomeadamente à cultura de segurança o enfermeiro gestor poderá e deverá ser um impulsionador da sua promoção.

Com o intuito de focar o estudo e proporcionar um enquadramento, foi efetuada inicialmente uma revisão sumária da literatura sobre a temática sem, no entanto, ser uma revisão exaustiva, para evitar ideias preconcebidas que pudessem provocar viés na investigação (Streubert & Carpenter, 2013).

Sendo o enfermeiro gestor um pilar fundamental na equipa que lidera como gestor de pessoas e de cuidados, a questão de investigação elaborada foi a seguinte:

“Quais os contributos do enfermeiro gestor na cultura de segurança, na prática clínica?”

Tendo a questão de investigação formulada, e com o intuito de dar resposta à mesma, emergiram os seguintes objetivos

- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores que promovem a cultura de segurança;
- Identificar os fatores que condicionam os enfermeiros gestores na promoção da cultura de segurança.

1.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO

A seleção dos participantes, na investigação qualitativa, é realizada de acordo com os que melhor possam contribuir para dar resposta ao fenómeno de interesse (Polit & Beck, 2019; Streubert & Carpenter, 2013).

No sentido de um melhor entendimento acerca do fenómeno em estudo, foram intencionalmente selecionados para participar na investigação, os enfermeiros gestores dum hospital da zona centro. Sendo deste modo uma amostra intencional ou como referem Polit e Beck (2019), uma amostragem proposital.

Como critérios de inclusão consideraram-se os enfermeiros gestores de todos os serviços do hospital a exercerem funções há mais de seis meses e que aceitassem

participar no estudo. Como critério de exclusão estipulou-se, enfermeiros a exercer funções de gestão há menos de seis meses.

Todos os enfermeiros incluídos no estudo são enfermeiros gestores, apresentando assim, conhecimento sobre a temática em estudo e encontrando-se em igual exercício de funções no seu quotidiano, o que confere um carater de homogeneidade do grupo (Sousa & Ferrito, 2022). Os mesmos autores referem que a riqueza do discurso é obtida por meio das diferentes perspetivas dos participantes, podendo contribuir para isso serem enfermeiros gestores a exercerem funções em serviços diferentes e com tempo diferente de exercício nesta função.

1.4. COLHEITA DE DADOS

A técnica seleccionada para a colheita de dados foi o *focus group*, a qual se baseia numa discussão acerca de uma temática com um pequeno número de pessoas, cujas experiências e pontos de vista são solicitados simultaneamente e partilhadas entre si (Krueger & Casey, 2015). A riqueza de informação que se poderá obter nesta colheita de dados é enfatizada por Flick (2013), o qual refere que esta interação entre as pessoas com o intuito de obter informações sobre o fenómeno em estudo, facilita uma maior abrangência do fenómeno.

O número de participantes para um *focus group* não é unânime, segundo os autores consultados pode variar entre cinco e quinze. Polit e Beck (2019) apontam para um mínimo de cinco e um máximo de dez participantes por grupo. Neste estudo constituiu-se apenas um grupo, na medida em que o número de enfermeiros gestores do hospital não ultrapassa o número de participantes propostos num *focus group*. A colheita de dados realizou-se em março de 2023.

O *focus group* foi orientado por um guião (Apêndice I) onde constam tópicos de acordo com os objetivos da investigação, com perguntas abertas, não estruturadas ou semiestruturadas para que a discussão se desenrolasse de forma espontânea, mas organizada, sem correr o risco de se perder o foco.

O Guião foi constituído por três secções, a introdução, o desenvolvimento/exploração e o encerramento. A introdução orienta para as diversas apresentações, dos profissionais, do tema e objetivos do estudo; a função do investigador e do observador; a confidencialidade, autorização para gravação da discussão, bem como para o preenchimento do questionário sociodemográfico e assinatura do consentimento informado. O desenvolvimento constitui-se por perguntas abertas para exploração do tema cultura de segurança e o encerramento, por um breve resumo

das informações recolhidas, dando oportunidade para que os dados fossem validados ou esclarecidos, terminando com o agradecimento.

Procedeu-se à gravação do *focus group* através de um gravador áudio e foram efetuadas algumas anotações de observações do comportamento dos participantes, para isso a colaboração de outro observador foi essencial. O papel da investigadora consistiu na orientação e na moderação do grupo de forma que todos os participantes contribuíssem com as suas opiniões e se sentissem incluídos na discussão (Flick, 2013). A sessão do *focus group* teve a duração de cerca de 90 minutos.

De acordo com Streubert e Carpenter (2013) as sessões de *focus group* devem ser realizadas num ambiente e num momento favorável à discussão. O local deve ser neutro, de fácil acesso, confortável, sem interrupções e sem distrações, quer visuais ou sonoras (Sousa & Ferrito, 2022).

Assim, foi estabelecido contacto prévio com os participantes explicando o estudo a efetuar e os objetivos pretendidos. Todos aceitaram participar no estudo, a partir daí, foi planeado hora e local, de acordo com a disponibilidade e preferência dos participantes. Devido a vários compromissos houve necessidade de reajustar horário, anteriormente estabelecido, o que foi facilmente resolvido. Contudo um dos gestores, não pode estar presente na discussão.

Previamente à discussão foi solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido a cada participante (Apêndice II), bem como o preenchimento de um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional (Apêndice III).

1.5. ANÁLISE DE DADOS

Creswell (2016) refere que a análise de dados é um processo que consiste na preparação, entendimento, representação e interpretação dos dados, de forma a obter significado da informação adquirida, constituindo-se um processo dinâmico de reflexão e análise. Também Polit e Beck (2019) salientam que organizar, estruturar e extrair significado dos dados de pesquisa são o propósito da análise de dados.

A informação obtida pela sessão de *focus group* foi transcrita, iniciando-se nesse momento a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo pode ser abordada sob várias perspetivas, optou-se para este estudo, efetuar a análise de conteúdo segundo a perspetiva de Laurence Bardin.

Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo é realizada em três fases: a pré-análise a exploração do material e o tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Na primeira fase efetua-se uma leitura denominada flutuante, tendo como intuito a organização do material e a sistematização das ideias iniciais. Na segunda fase, os dados obtidos são codificados, identificam-se unidades de contexto e as unidades de registo que facilitam a construção das categorias. As palavras, frases ou temas repetidos ao longo do texto são transformados em unidades de registo. O segmento de mensagem que determina a compreensão da unidade de registo são as unidades de contexto. Na terceira fase efetua-se o tratamento dos resultados onde a informação é condensada e interpretada através da intuição e análise crítica e reflexiva.

Conforme preconizado por Bardin (2016), após a transcrição integral da discussão de *focus group*, gravada, foi realizada uma leitura superficial que permitiu uma perceção do todo. Posteriormente, a transcrição foi importada para o software informático NVivo. E através de uma leitura mais ponderada, os dados foram transformados em unidades de registo através da codificação que agrupadas originaram subcategorias que foram associadas em categorias.

Seguindo a perspetiva de Bardin (2016) pretendeu-se, na formulação das categorias, seguir os princípios da exclusão mútua, da homogeneidade, da pertinência, da objetividade e fidelidade e da produtividade.

1.6. ASPETOS ÉTICOS

A investigação que envolve seres humanos, independentemente dos aspetos a estudar, coloca questões éticas, tornando-se obrigatório o respeito pelos direitos dos participantes no estudo.

Qualquer investigação científica está sujeita a um parecer favorável emitido por uma Comissão de Ética Competente, sendo para isso necessário a análise prévia do projeto de investigação (lei n.º 21/2014). Assim, o projeto foi enviado à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para apreciação e emissão de parecer sobre o cumprimento dos princípios éticos no preceito de garantir a proteção dos participantes. A comissão de ética deu um parecer favorável para o prosseguimento do estudo.

A enfermeira supervisora do hospital teve conhecimento do estudo numa reunião informal solicitada pela investigadora para apresentação do projeto e pedido de autorização informal para a realização da colheita de dados.

Antes da colheita dos dados, como referido anteriormente, foi explicado o propósito da investigação, o tempo estimado para a entrevista e solicitado a cada participante o seu

consentimento livre e esclarecido, tendo sido fornecido para lerem e assinarem. Estes documentos foram recolhidos antes do início da discussão.

A obtenção do consentimento informado, como referem Polit e Beck (2019) é um procedimento extremamente significativo para salvaguardar a autodeterminação. Reforçando a importância de se ser bem informado sobre a investigação para que se possa fazer a escolha de aceitar ou recusar participar na mesma.

Os participantes foram também informados do direito a recusar a participação no estudo em qualquer momento da investigação.

De acordo com a Declaração de Helsínquia (Associação Médica Mundial, 2013) e o dever de sigilo do enfermeiro (OE, 2015), o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação recolhida estão garantidos.

Após a transcrição integral da informação obtida na sessão de *focus group*, a gravação da mesma foi destruída. Após conclusão do estudo, será também garantido a destruição das informações relativas ao questionário sociodemográfico e ao consentimento informado de cada participante, bem como a transcrição integral da informação. De referir que a identificação dos participantes foi codificada de P1 a P10.

A informação de intenção da divulgação dos resultados foi transmitida aos participantes, garantindo que não serão identificados em nenhum momento, assegurando o seu anonimato.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta secção dá enfoque à apresentação dos resultados obtidos através da análise do discurso na sessão de *focus group*, baseada nos contributos dos enfermeiros gestores na cultura de segurança. Sendo também apresentado na tabela 3 a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, esplanada no questionário.

Dos onze enfermeiros seleccionados para o estudo todos aceitaram participar, contudo, um deles, não pode estar presente na discussão por motivos pessoais.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e profissional

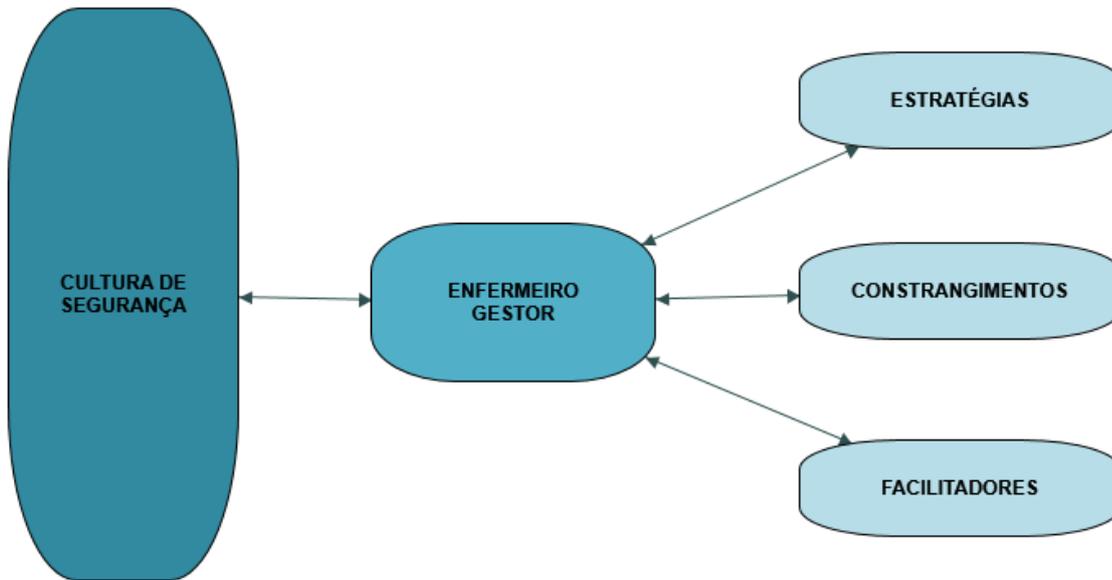
PARTICIPANTE	SEXO	IDADE	TEMPO DE SERVIÇO	TEMPO DE EXERCÍCIO COMO GESTOR	FORMAÇÃO ACADÉMICA
P1	F	64	41	25 Anos	Especialista
P2	M	54	33	1 Anos	Especialista
P3	M	56	35	18 Anos	Especialista
P4	F	64	43	24 Anos	Especialista
P5	F	62	43	22 Anos	Especialista
P6	F	64	42	25 Anos	Mestre
P7	F	60	37	10 Anos	Especialista
P8	F	62	40	1 Anos	Especialista
P9	F	57	35	1 Anos	Mestre
P10	M	57	35	17 Anos	Doutoramento

Fonte: Questionário de caracterização sociodemográfica e profissional

Da análise de conteúdo efetuada foram identificadas vinte e quatro subcategorias relacionadas com a cultura de segurança, que depois de agrupadas deram origem a

três categorias: estratégias para promoção da cultura de segurança, constrangimentos e facilitadores, que se encontram esquematizados na estrutura concetual elaborada, tendo como interveniente o enfermeiro gestor (Figura 1).

Figura 1 - Estrutura Concetual- O enfermeiro gestor como potenciador da cultura de segurança



Fonte: NVivo

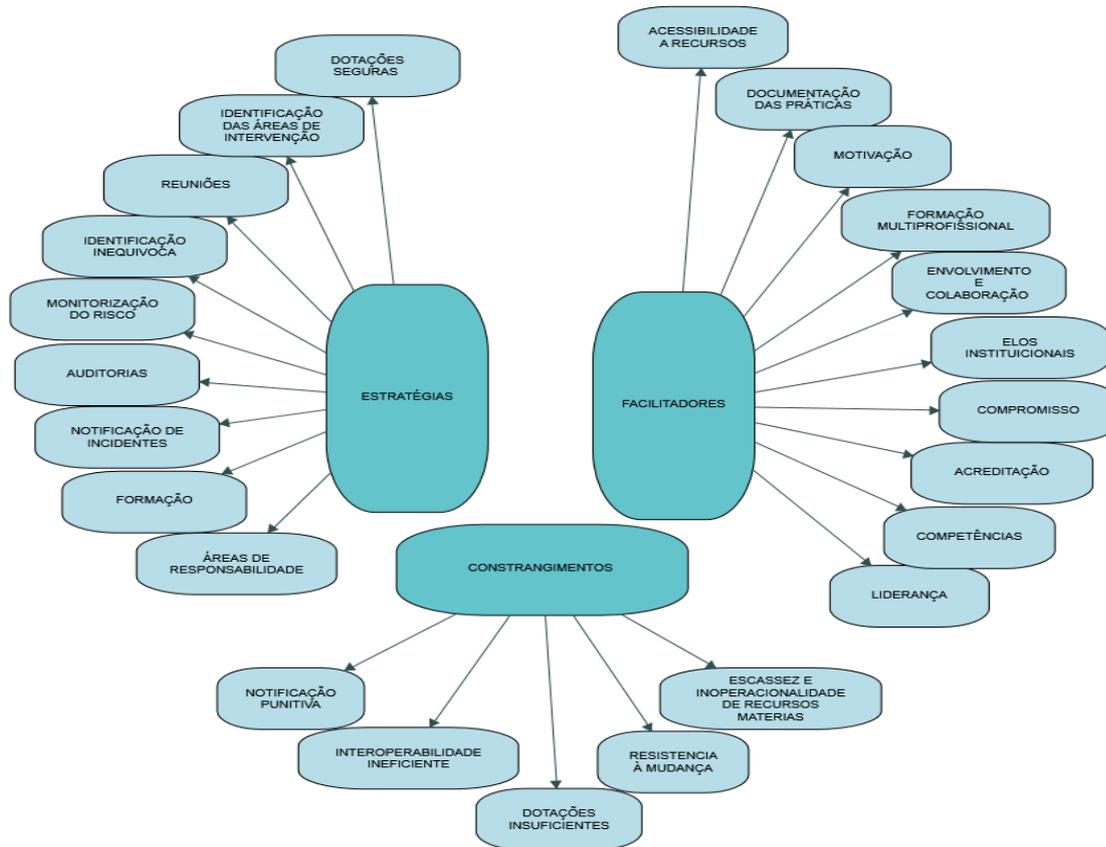
A análise e discussão de cada subcategoria serão apresentadas na secção seguinte.

2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O processo de análise dos dados, segundo Creswell (2016), consiste em extrair sentido aos dados recolhidos, através da preparação, interpretação e reflexão contínua durante todo o estudo. Também Bardin (2016) relata a análise de conteúdo como um conjunto de procedimentos de descrição e análise dos dados obtidos com vista à sua interpretação, procurando descobrir novas realidades.

Assim, procedeu-se à organização das anotações e observações registadas ao longo da discussão *focus group* bem como a transcrição da discussão na íntegra. Foi feita uma leitura de todos os dados, (anotações e transcrição), para ter uma perceção do todo. Após essa primeira análise a transcrição da discussão do *focus group* foi importada para o software NVivo com o intuito de ajudar a codificar, organizar e separar os dados recolhidos. Após uma leitura mais atenta foram identificadas, nos relatos dos participantes, unidades de contexto e unidades de registo que foram agrupados em subcategorias que culminaram em três categorias. Da análise das perceções dos participantes na discussão acerca da promoção da cultura de segurança, como, mencionado anteriormente, resultaram três categorias às quais estão relacionadas vinte e quatro subcategorias, tal como se apresenta esquematicamente na figura 2.

Figura 2 - Categorias e subcategorias relacionadas



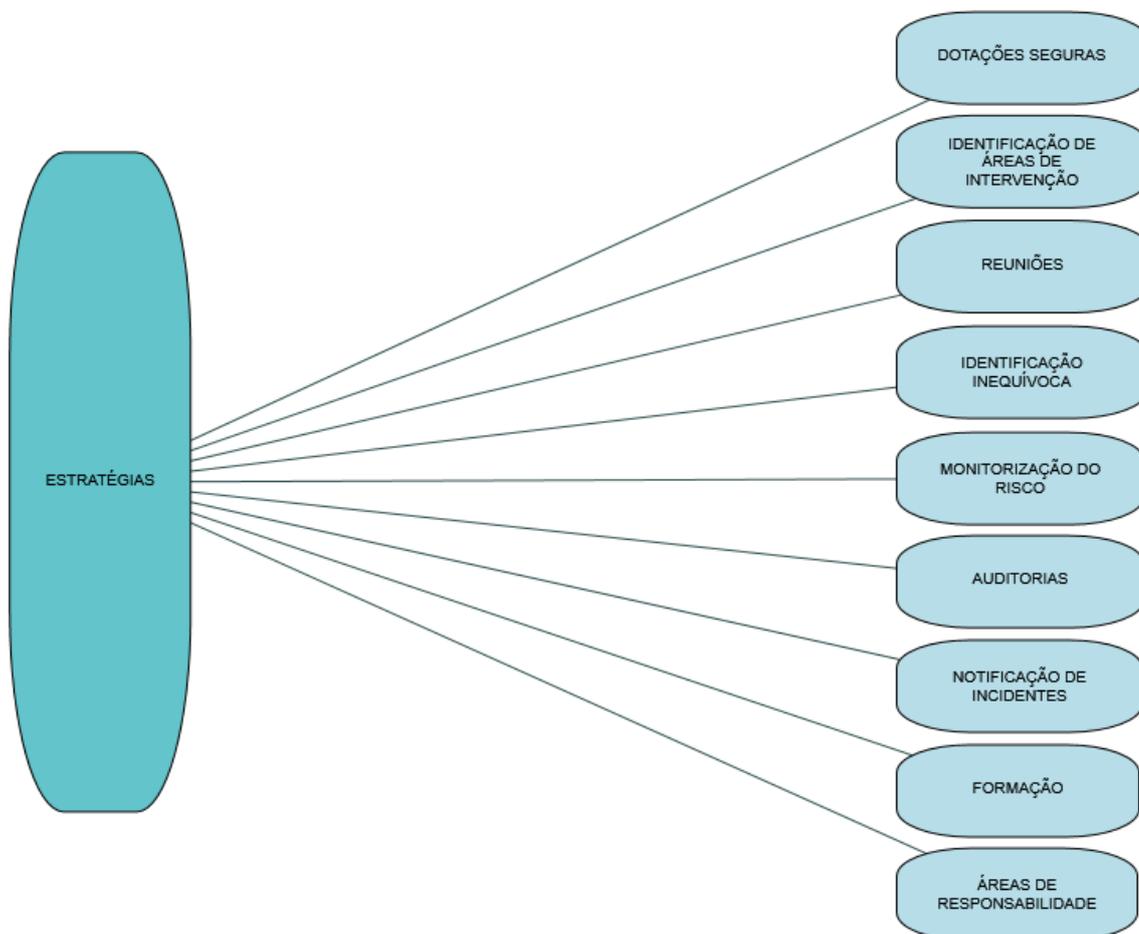
Fonte: NVivo

De modo que a análise e discussão se tornem mais objetivas, aborda-se cada categoria e subcategorias correspondentes com as unidades de registo que sustentam os resultados.

Categoria “Estratégias”

Todos os participantes, referiram que implementam estratégias nos serviços que promovem a cultura de segurança, contribuindo para a melhoria continua da qualidade. A categoria estratégias surge como resultado da análise do discurso dos participantes através de nove subcategorias esquematicamente representadas na figura 3.

Figura 3 - Subcategorias da categoria "Estratégias"



Fonte: NVivo

Dotações seguras

“...estabelecer condições para manter um ambiente seguro, nomeadamente as dotações das equipas”.

“Embora não tenhamos grande influência nisso, (...) uma das nossas obrigações (...) manter dotações adequadas”.

Os enfermeiros gestores manifestaram a importância das dotações adequadas como estratégia para manter um ambiente seguro promotor da cultura de segurança, salientando que embora não dependa só do gestor, cabe a ele demonstrar essa necessidade. Esta afirmação está em consonância com Guerra (2018), quando salienta que uma das estratégias de segurança é a adequação da dotação das equipas de enfermagem. De igual modo, a OE salienta que cabe aos enfermeiros gestores, calcular e avaliar o cumprimento de dotações seguras (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro). Por conseguinte, e de acordo com um dos

participantes, o enfermeiro gestor deve conhecer a legislação e os regulamentos para sustentar a tomada de decisão e comunicar as suas necessidades em termos de capital humano aos órgãos superiores.

Identificação de áreas de intervenção

“...perceber quais eram as áreas que podiam causar algum risco (...) para, entretanto, se estabelecer estratégias para minimizar esse risco.

A identificação de áreas de intervenção foi outra estratégia referida pelos participantes, para promover a cultura de segurança. O que está de acordo com Alsalem, Bowie, e Morrison (2018) quando evidenciam que a identificação de áreas que necessitam de intervenção proporciona oportunidades de melhoria. Também o PNSD salienta que após a identificação dos riscos, são implementadas ações de melhoria que contribuem para a segurança do doente (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

Reuniões

“...foram feitas reuniões que abrangeram toda a equipa, em relação à questão da segurança e das questões que possam apresentar algum risco”.

“Sempre que há algum problema (...) falamos um bocadinho na passagem de turno sobre isso, (...) se há alguma coisa que se podia ter evitado ...”.

Na perspetiva dos participantes a realização de reuniões que permitam a análise e reflexão sobre incidentes críticos e como poderiam ser evitados é outra estratégia para promover a cultura de segurança. A mesma perspetiva é apresentada por Azaby, Karwowski e Davahli (2021) quando referem que a aprendizagem proporcionada pela análise dos incidentes promove a cultura de segurança e potencia a segurança dos doentes.

Identificação inequívoca

“...a questão da segurança na perspetiva da segurança do doente, daí a identificação ser cada vez mais importante”.

“...a identificação inequívoca dos nossos doentes das nossas crianças dos nossos adolescentes e dos nossos familiares (...) tem influência na segurança dos cuidados”.

Os participantes salientam a relevância da identificação inequívoca ser um aspeto fundamental para a segurança dos cuidados, não só a identificação do doente como a do familiar e do profissional, sendo também uma estratégia para promover a cultura de segurança. Evidenciam a importância das pulseiras de identificação, nomeadamente

dispositivos eletrónicos que permitem reconhecer os dados do doente garantindo uma maior segurança. O PNSD 2021-2026 torna claro a identificação inequívoca do doente como estratégia para consolidação de práticas seguras. Também Riplinger, Piera-Jiménez & Dooling (2020) afirmam que a identificação inequívoca dos doentes é essencial para a segurança na prestação de cuidados, pois uma identificação incorreta favorece a ocorrência de erros, interferindo na segurança do doente. Contudo, referem que das várias formas de identificação implementadas (algorítmica, biométrica, reconhecimento facial, etc.), nenhuma é cem por cento eficaz, todas apresentam vantagens e desvantagens. Daí a necessidade da confirmação e reconfirmação dos dados do doente.

Monitorização do risco

“...em relação ao risco (...) estamos mais alertas (...), desde que se começou a implementar uma nova escala para avaliar o risco de queda”.

“...uma preocupação com a segurança (...) tem a ver com a cirurgia segura, (...) na implementação deste instrumento primeiro em formato de papel, mas assim que a plataforma o tem disponível passou a ser lá, e tem uma taxa aplicação bastante significativa, 85%, que é aquilo que está preconizado no PNSD”.

“...acrescentaria, além do que foi dito, apenas de forma mais objetiva, a monitorização”.

“...em relação à segurança cirúrgica todos os doentes agora no serviço de [dados confidenciais] que vão para o bloco vão todos com o membro identificado”.

“...há interlocutores no outro lado que falam de igual por igual e percebem que a cultura de segurança e a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica não é mais uma para ser cumprida”.

“...temos que estar com atenção quando os jovens têm alta e fazer o telefonema de follow-up, também para ver se chegaram bem a casa ou não”.

A monitorização do risco surge como outra estratégia para a promoção da cultura de segurança. Os participantes referem que a monitorização do risco proporcionada pelos mapas de risco contribui para a segurança dos cuidados, uma vez que a identificação e a análise do risco permitem a implementação de medidas corretivas favorecendo a melhoria contínua. De facto, a monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação de cuidados de enfermagem traduz-se na consolidação práticas seguras (despacho nº 9390/2021, de 24 de setembro), o que promove a cultura de segurança. Como salientam Capin et al., (2022) a monitorização do risco efetuada através de

mapas de risco permite identificar os riscos, proporcionando a implementação de intervenções e periodicamente, analisar a sua eficácia. Contribuído, deste modo, para a promoção da cultura de segurança.

Auditorias

“...as auditorias feitas pelo grupo de segurança e gestão do risco para ajudar a definir algumas estratégias para a sua resolução ou ocorrência”.

“...gestor de risco integral, que é muito interventivo. Essa pessoa, além de fazer aquilo que naturalmente lhe compete, fazer o mapa de risco do serviço, analisar e propor medidas corretivas”.

“...apontaria aqui mais uma coisinha ... que é a monitorização adequada, a avaliação a atualização”.

“...começa-se a fazer auditorias, esta questão dos enfermeiros fazerem as suas auditorias, nomeadamente da lavagem das mãos, e que nos vão dando conhecimento pelas pessoas de referências que estão a fazer este tipo de trabalho”.

“...se formos antecipatórios acautelamos as coisas para o pior que nos pode acontecer, seja nos procedimentos seja no risco, tudo aquilo que se fizer vem melhorar”.

Para os participantes as auditorias são fundamentais nos processos de melhoria contínua e no seu entender promovem a cultura de segurança. As auditorias permitem a comparação das práticas com o que está preconizado e ao identificarem áreas críticas possibilitam ações de melhoria. Como referem Francis-Coad, Etherton-Ber, Bulsara, Nobre e Hill (2017) as auditorias clínicas têm potencial para a consciencialização da equipa sobre as lacunas existentes e motivá-la a agir em conformidade. Zhao et al., (2017) consideram a auditoria clínica como uma ferramenta de melhoria da qualidade, pois permite a avaliação da prestação de cuidados, proporcionando a implementação de mudanças, promovendo a qualidade dos cuidados.

Notificação de incidentes

“A colega do risco também tem incentivado as colegas sempre que há algum evento adverso ou mesmo de risco que façam a respetiva notificação”.

“...notificamos também no RISI”.

“...também fazemos notificações, primeiro para o notifica que era o indicado”.

“...além dessas plataformas, temos internamente uma base de dados para notificações de incidentes que aconteçam no serviço...”.

“Quanto ao RISI, já fizemos várias notificações de incidentes”.

“...incentivar a notificação dos incidentes, incentivar a notificação dos erros numa cultura de segurança e numa cultura de não penalização”.

“...é necessário, de facto, incentivar a notificação...”.

Os enfermeiros gestores consideram a notificação de incidentes como uma estratégia de promoção da cultura de segurança na medida em que facilita a aprendizagem a partir dos mesmos, através da reflexão e análise, podendo prevenir que erros semelhantes se repitam. Salientam a importância de incentivar a notificação numa cultura não punitiva, mas que se deseja de transparência. Quando confrontadas estas premissas com o PNSD 2021-2026 acresce referir o caráter de voluntariedade, confidencialidade e de proteção do notificador.

O relato voluntário e confidencial de um evento, por um lado contribui para identificar fragilidades do sistema, dando oportunidade de as corrigir, e por outro desperta a noção quanto aos riscos inerentes e a sensibilidade quanto ao erro (Mekonnen, McLachlan, J-aE, Mekonnen & Abay, 2017). A notificação de eventos foi descrita por Duffy (2017), Rafter et al. (2015), Wami, Demssie, Wassie e Ahmed (2016) como essencial para uma cultura de aprendizagem, promovendo a cultura de segurança. Ko e YU (2017) salientam que a notificação de erros e eventos adversos é tanto maior quanto maior a perceção dos enfermeiros sobre cultura de segurança.

Assim, o seu registo deve ser incentivado como uma atitude proativa e sistemática, tornando a notificação e consequente análise de eventos adversos numa rotina, proporcionando suporte à tomada de decisão na implementação de mudanças otimizando a melhoria contínua. Ainda assim, Anderson e Abrahamson (2017) referem que a notificação dos erros, feita pelos profissionais de saúde, tem aumentado significativamente.

Formação

“...formação também na área do risco”.

“...apresentou nessas formações o plano estratégico para o hospital, o plano de emergência interna e externa”.

“...ela fez formação nessa área, ficando responsável por fazer a formação a toda a equipa, assistentes operacionais e enfermeiros, médicos e já começou. Essa formação. tem que se fazer anualmente...”.

“...este ano já fez a formação sobre a nova plataforma RISI”.

“Está programado ser feito através de formação de forma organizada”.

“...têm feito formação, seja pelo departamento de formação, seja depois por via da formação em serviço”.

“...foi reforçada a formação para manter a formação em serviço ativa, é uma questão que eu acho importante”.

Nesta subcategoria os enfermeiros gestores enfatizam a importância da formação como estratégia promotora da cultura de segurança. A formação torna os profissionais mais capacitados facilitando o envolvimento nos processos de melhoria contínua. Alguns participantes evidenciam a formação proporcionada aos responsáveis pela gestão do risco e do risco de incêndios, e o seu contributo na formação da restante equipa nessas áreas. Amiri, Khademian e Nikandish (2018) evidenciam o papel da formação na promoção da cultura de segurança através do resultado de um estudo efetuado sobre os efeitos da implementação de um programa formativo acerca da temática. Também Fragata (2014) salienta que reforçar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre segurança do doente através da formação contribui para uma verdadeira cultura de segurança do doente. Por forma a capacitar os profissionais sobre cultura de segurança do doente, o PNSD 2021-2026 preconiza a implementação de um plano de formação anual para os profissionais (Despacho nº9390/2021 de 24 de setembro). Ainda Batista et al. (2019) referem que os processos formativos implementados pelos enfermeiros gestores são excelentes contributos para o empoderamento de habilidades comunicacionais o que promove a cultura de segurança.

Áreas de responsabilidade

“...uma enfermeira ficasse responsável pela questão do risco”.

“...uma colega responsável pela questão dos incêndios”.

“...temos um elemento da gestão do risco, outro elemento também nas questões dos incêndios...”.

“...foi designado áreas de responsabilidades que passavam pela gestão do risco clínico e não clínico”.

“Temos também, como já foi citado, o responsável pela formação, pela gestão de risco de incendio”.

“...temos um responsável pelo equipamento...”.

“...existe uma responsável pela saúde do trabalho...”.

“...temos dois responsáveis pelos carros de reanimação, que têm que estar sempre funcionais”.

“Neste momento, tenho 2 elementos responsáveis pela infeção, assim como também acabo por ter 2 elos responsáveis pela formação”.

“...nomeação duma enfermeira gestor do risco não clínico e clínico que em colaboração com a médica têm a responsabilidade pelos carros de reanimação, um elo também responsável, em colaboração com a enfermeiro gestor, pelo equipamento, outro elo para PPCIRA”.

“...a questão dos elementos dos elos é uma boa estratégia e de certa forma também funcionam como consultores, conselheiros dinamizadores para encontrar as evidências”.

“...tínhamos a organização entre áreas funcionais, que respondem diretamente à sua frente assistencial, em grupos de apoio técnico, que dessa maneira transpõe aquilo que são os conteúdos e mandados dos elos institucionais, e de outras áreas e que dão alguma consistência aquilo que aqueles processos que nós temos no serviço, mas e antes disso criou-se a figura daquilo que agora é gestor de risco integral que é muito interventivo”.

“...os elos da PPCIRA, os elos da saúde ocupacional, os elos responsáveis pelos equipamentos, planos de segurança internos, das quedas, das úlceras de pressão, que trabalham em conjunto”.

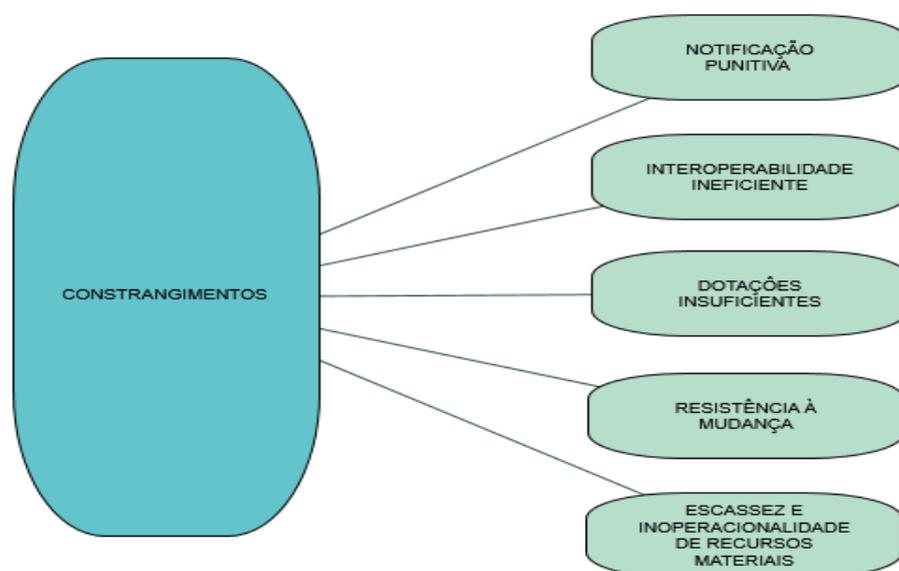
Os enfermeiros gestores evidenciam que a atribuição de áreas de responsabilidade torna os enfermeiros mais competentes e mais exigentes nas questões de segurança do doente sendo por isso, uma excelente estratégia para a promoção da cultura de segurança. O manual de standards da DGS mostra a importância da atribuição de responsabilidades nas diferentes áreas de atuação para que, em qualquer momento, os cuidados que se prestam sejam seguros (DGS, 2023). Sendo que, os processos de melhoria contínua da qualidade, são uma responsabilidade e um imperativo que se coloca a todos os profissionais (Despacho nº 9390/2021, de 24 de setembro), sendo fundamental que todos estejam envolvidos.

Categoria “Constrangimentos”

Os participantes evidenciam as estratégias implementadas para promover a cultura de segurança, porém, deparam-se com alguns constrangimentos que podem comprometer a segurança do doente e nomeadamente a cultura de segurança.

Pela análise do discurso dos participantes, foi possível identificar 5 subcategorias referentes à categoria constrangimentos, representadas na figura 4.

Figura 4 - Subcategorias da categoria "Constrangimentos"



Fonte: NVivo

Notificação punitiva

“...esta notificação pode ser potenciada em situações que nada tem a ver comigo, e essas ... são fáceis de fazer ... se um equipamento não foi reparado, ou alguma coisa que vem trocada da farmácia, um fármaco que é muito parecido com outro, essas situações são pacíficas de notificar...”

“...a notificação deve ser feita de uma forma não penalizadora e que as pessoas percebam que o que está em causa muitas vezes não é o ato em si, mas a melhoria dos processos, essa transição é que eu acho que é importante e que seja refletida por todos”.

“...tem que dar grande ênfase do trabalho de aculturação desta cultura, desta questão da segurança, não só aquilo que já foi dito em termos do aspeto não punitivo, por exemplo no caso da notificação”.

Do relato dos participantes constata-se que a notificação ainda tem apresentado um caráter punitivo, o que impede que os incidentes sejam notificados. Este tipo de cultura não permite a aprendizagem com os erros, na medida em que eles podem nem sequer serem identificados, para poderem ser analisados e favorecer a cultura de segurança.

A revisão sistemática da literatura realizada por Azyabi et al., (2021) revela que a cultura de culpa ainda é frequente e que neste tipo de cultura a oportunidade de aprender com os erros não é viável, dado que o medo de represálias pode ser motivo para o não relato de incidentes, pois predomina uma resposta punitiva aos erros. Para promover a cultura de segurança é necessário inverter este paradigma (Alswat et al., 2017) e abordar os erros não como falhas individuais, mas como oportunidade de melhoria (Mekonnen et al., 2017). Como referem Fragata (2014), Peerally, Carr, Waring e Dixon-Woods (2017), na análise da causa raiz do problema, o foco deve ser a prevenção e não a punição. Pois, a aprendizagem proporcionada pela análise dos incidentes potencia a cultura de segurança (Azyabi et al., 2021). Segundo Parker e Davies (2020), os erros na prestação de cuidados de saúde põem em risco a segurança dos doentes sendo importante que se impute responsabilidade sobre os erros cometidos (individual e institucionalmente), não só pela responsabilização *per se* do ato, mas também de forma a prevenir erros futuros. Na sua perspetiva é fundamental que se encontre o equilíbrio entre uma cultura de culpa e uma cultura sem culpa, onde os profissionais reconheçam o seu papel como atores de todo um sistema complexo como os cuidados de saúde. E desta forma contribuir para uma cultura de segurança transparente e ao mesmo tempo justa (Fassarella, Silva, Camerim & Figueiredo, 2019).

Interoperabilidade ineficiente

“...como não era uma plataforma muito boa para nós usarmos, uma vez que não tínhamos depois a resposta às notificações, em relação às orientações que nos eram dadas...”

“...primeiro para o notifica que era o indicado, mas isso também acaba por ainda não estar muito funcional, como plataforma para fazer as notificações...”

“...como as plataformas não têm interoperabilidade umas com as outras criamos aqui uma complicação...”

“...quando for na notificação de eventos adversos dizer, se calhar, a quem cria estas plataformas, para começar a criar uma matriz identificadora, ou seja, uma forma a que depois os dados também possam ser comparáveis e também nos ajudem a alocar as coisas...”

“A questão dos sistemas de notificação, que está ainda muito incipiente comparativamente a outros, acho que acresce uma melhoria, pelo menos eu preciso de mais informação em breve, para perceber qual é maneira, como isto pode ser rentabilizado na forma operacional e não meramente descabida...”

A interoperabilidade dos sistemas de informação surge como um constrangimento na cultura de segurança, uma vez que os participantes relatam que a interoperabilidade não existe ou é deficitária, nomeadamente nos sistemas de notificação o que não permite o *feedback* dos incidentes de segurança. Salientam ainda que há várias plataformas de trabalho que não estão interligadas, o que condiciona a segurança dos doentes. O estudo de Vaismoradi, Tella, Logan, Khakurel e Moreno (2020) referem que os sistemas eletrónicos adequados para comunicação e partilha de informações têm potencial para promover a cultura de segurança. Deste modo a interoperabilidade deficitária torna-se um constrangimento para a sua promoção.

Dotações insuficientes

“Nesta questão da dotação das equipas temos um handycap mas não sei como é que poderemos resolver ... que apenas temos um elemento de enfermagem entre a meia-noite e as oito da manhã...”

“Depois como é que nós vamos trabalhar estes grupos todos se a dotação do pessoal anda um bocadinho por baixo...”

“...esta dotação de enfermagem ... ninguém se entende bem ..., quais são as horas de cuidados necessárias, ordem diz uma coisa, as circulares dizem outra, isto está tudo assim um bocadinho...”

“...a formação tenho que ser eu a planear e a tentar fazer...”

“...a dotação do pessoal é muito deficitária nestas áreas”

“...nós temos os elos, mas depois... as dotações mais ou menos seguras mais ou menos adequadas vão entroncando na dificuldade em libertar estas pessoas...”

Os participantes identificam as dotações insuficientes como outro dos constrangimentos na promoção da cultura de segurança. Referem que para o desenvolvimento de projetos e para a prestação de cuidados de qualidade as dotações são insuficientes, tornando-se difícil libertar profissionais para esses mesmos projetos. O PNSD 2015-2020 referencia que, da avaliação da cultura de segurança efetuada, a dotação de profissionais é um aspeto a melhorar para proporcionar a qualidade e a segurança dos cuidados (Despacho1400-A/2015, de 10 de fevereiro). O PNSD 2021-2026 ressalta a importância da atribuição de tempo protegido nas

atividades no âmbito da segurança do doente e na implementação deste mesmo plano.

O estudo realizado por Azyabi et al. (2021) evidencia o impacto negativo da sobrecarga de trabalho na qualidade dos cuidados, podendo representar uma barreira à segurança dos cuidados (Zhao et al., 2017), o que não promove a cultura de segurança (Liu et al., 2018). Ainda Wami et al. (2016) referem que a dotação insuficiente coloca em causa a segurança do doente e não promove a cultura de segurança, ainda assim, Mekonnen et al. (2017) salientam que a dotação é apenas uma parte do problema.

Resistência à mudança

“...esta aculturação fez-se um bocadinho de forma reativa a estes processos de acreditação e faz-se mais para uns grupos do que para outros”.

“Continua a haver uma diferença muito grande entre as preocupações dos elementos de enfermagem e outros grupos profissionais que ainda não estão muito motivados e pouco informados (...) por esta cultura de segurança (...). Questões muito básicas de higienização, da lavagem das mãos, é preciso muitas vezes nós em situações de procedimentos, chamarmos a atenção quando verificamos que o procedimento não está correto. Durante o covid, alertamos para a separação dos lixos (...) mas...”.

“...eles têm elos, mas esta cultura ainda não está enraizada, têm elos para a gestão de risco, mas são áreas que ainda não acharam muito relevantes (...)”.

“...há o paradoxo de também termos um quarto de isolamento, equipamento de proteção ou uma sinalética à entrada para não entrar e depois vimos entrar um [dados confidenciais] que é professor assistente com 20 ou 30 alunos sem qualquer proteção!”.

“...há grandes diferenças entre enfermeira de gestão do risco e o médico que representa a organização, porque há diferentes opiniões relativamente ao controlo de infeção, e é um dos aspetos mais importantes para manter um ambiente seguro”.

“Se alguns individualmente, se consideram que são imunes à questão do risco, aos agentes biológicos, aí as estratégias muitas vezes acabam por cair”.

A subcategoria resistência à mudança é referida pelos participantes como um constrangimento que pode comprometer a promoção da cultura de segurança. Preconizam a necessidade do envolvimento e colaboração de todos nos processos de melhoria contínua da qualidade, referindo mesmo, que uns se encontram mais envolvidos e motivados do que outros. Acrescentam ainda que, as mudanças não

devem ser encaradas como uma barreira, mas sim como uma oportunidade de desenvolvimento. Os achados obtidos por Wami et al. (2016) corroboraram estes dados, quando relatam que uma fraca postura e interesse dos profissionais de saúde com as medidas de segurança do doente, compromete negativamente a cultura de segurança do doente. Reforçando a importância da colaboração entre os médicos e outros profissionais, sendo um fator importante na promoção da cultura de segurança.

Escassez e inoperacionalidade de recursos materiais

“Também uma das dificuldades/constrangimentos é a gestão de equipamentos”.

“...é muito difícil obter-se reparações em tempo útil e oportuno...”.

“...apesar de se ter feito alguma insistência na aquisição de mais equipamento, temos pouco equipamento que nos ajude à distância, principalmente equipamento de monitorização”.

“...estamos com alguns problemas no equipamento e através da contratualização (...), não sei o que vai dar, mas pelo menos estamos a tentar renovar o equipamento”.

“Um problema constante e grave relativamente ao equipamento, nunca sabemos se é para reparar ou não e quando é reparado, se já está reparado, temos que andar sempre constantemente a telefonar para obtermos alguma resposta...”.

“...faltam-nos armários que já pedimos também, mas que ainda não chegaram para termos tudo devidamente seguro e fechado”.

“...o fornecimento material falha muita vez”.

“Os armazéns avançados não há meio de avançarem ... e continuamos com armazéns retaguarda e depois isto vai implicar com outra coisa que é a falta de material constantemente!”.

“...um serviço que se vira de costas para a entrada e que está aberto de dia e de noite, não é possível garantir nem a segurança das pessoas que estão lá dentro”.

“...a segurança de bens e equipamentos não está salvaguarda, uma vez que as pessoas podem entrar a qualquer hora e andar a qualquer hora por ali...”.

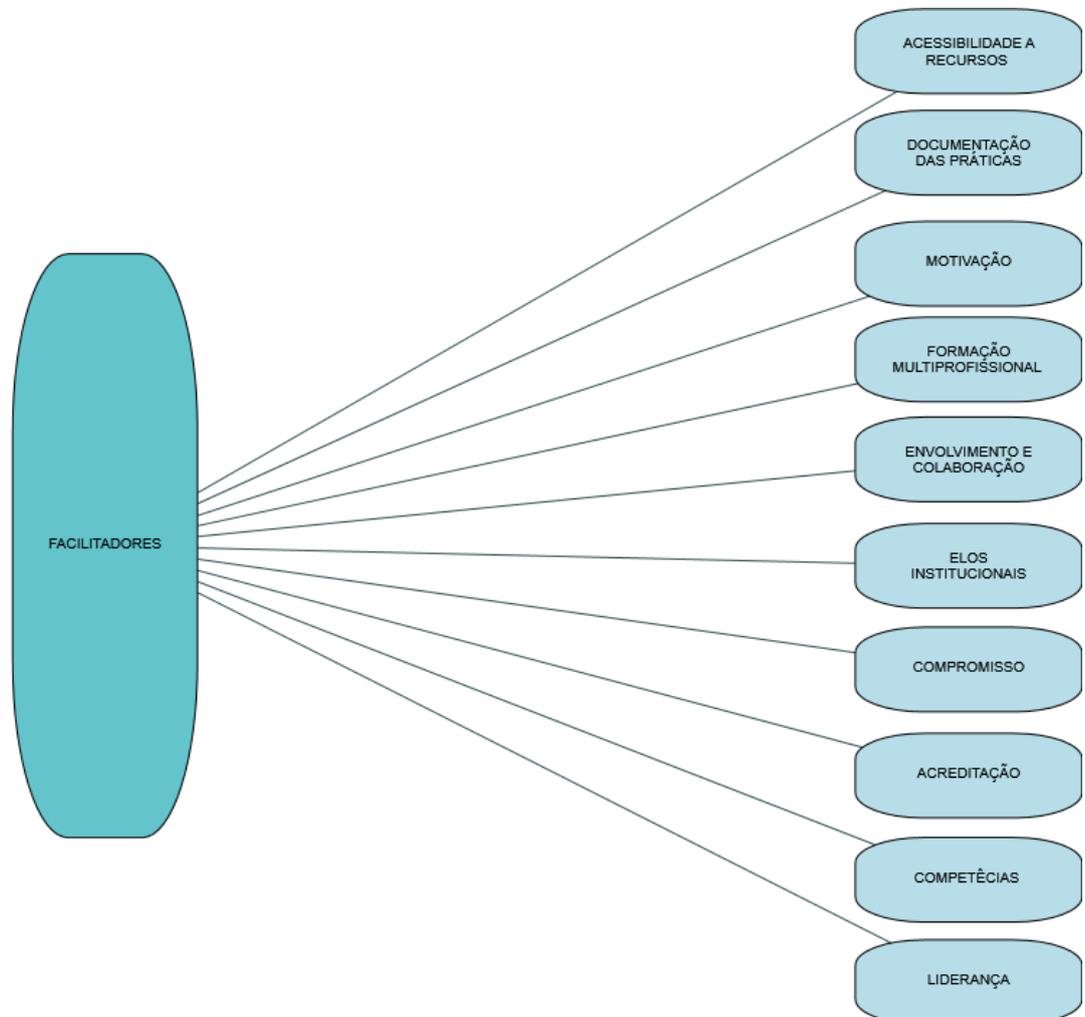
Da análise das afirmações dos participantes a escassez e a inoperacionalidade dos equipamentos materiais são um constrangimento a contornar, por forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados e promover a cultura de segurança. Referem que dificuldades na contratualização dos equipamentos e na obtenção de reparações em tempo útil bem como a escassez de alguns equipamentos, nomeadamente de monitorização, o que compromete a segurança dos doentes.

No estudo efetuado por Wami et al. (2016) a escassez de materiais e equipamentos são referidos como fatores que dificultam a cultura de segurança do doente. Na revisão sistemática efetuada por Vaismoradi et al. (2020) o equipamento adequado surge como um potencial facilitador da segurança do doente, o que vem reforçar a ideia de que a sua inoperacionalidade não contribui para a mesma.

Categoria “Facilitadores”

Os enfermeiros gestores referiram no seu discurso que há também aspetos facilitadores de práticas seguras e que favorecem a cultura de segurança, aspetos esses esquematizados na figura 5.

Figura 5 - Subcategorias da categoria "Facilitadores"



Fonte: NVivo

Acessibilidade a recursos

“Nestas questões do ambiente também conseguimos recentemente um carro de emergência, que o serviço não tinha, e presentemente já está operacional”.

Do discurso de um dos participantes apurou-se que quando os recursos se encontram acessíveis, tornam as práticas mais seguras e favorecem a cultura de segurança. O equipamento adequado é referenciado por Vaismoradi et al. (2020) como potencial facilitador da segurança do doente.

Documentação das práticas

“...a documentação das práticas traduz-se em maior segurança, mas é preciso que a informação que lá é debatida, seja também informação de rigor e que permita isso...”.

A documentação das práticas foi outro aspeto referido por um dos participantes, como facilitador para a promoção da cultura de segurança. Sendo que os participantes salientaram a importância da comunicação eficaz, nomeadamente na transmissão de informação, na prevenção de incidentes de segurança.

Newell e Jordan (2015) referem que uma das causas de eventos adversos nos cuidados de saúde está relacionada com falhas de comunicação. Também os resultados obtidos da revisão da literatura efetuada por Oliveira e Teixeira (2023) sugerem que a comunicação entre os profissionais de saúde é essencial para a promoção da segurança. Para além de que, a documentação das práticas permite uma monitorização mais eficiente e identificação de áreas a melhorar (DGS, 2019).

Motivação

“As pessoas também estão muito mais motivadas para fazer participações, muitas delas são assertivas e oportunas e tenho tido respostas, que embora possa não ter uma solução imediata, pelo menos produzem alertas que se vão divulgando também pela equipa.”

“O nosso sucesso e de toda equipe é a cultura que vamos construindo.”

Relativamente a esta subcategoria, os participantes referem que quando os profissionais estão motivados a cultura de segurança é facilitada, na medida em que se tornam mais participativos nos processos de melhoria. Alguns participantes até salientam que a motivação para a temática da segurança tem vindo a aumentar. A revisão sistemática realizada por Okello e Gilson (2015) evidencia a importância da motivação no desempenho profissional e na qualidade dos cuidados. Este estudo

refere que a motivação é influenciada por diversos fatores, como relações de confiança no local de trabalho, feedback, trabalho em equipa, valorização e respeito. Também a realização, valores e objetivos pessoais são aspetos que influenciam a motivação dos profissionais de saúde (Alstedh, Lindvall, Holmström e Muntlin, 2020). Deste modo a motivação pode contribuir para a qualidade dos cuidados e para a promoção da cultura de segurança.

Formação multiprofissional

“...só queria aqui reiterar e reforçar que a questão da formação em termos técnicos é o mais importante e quando ela for em conjunto, que já foi feita, só quando os processos formativos forem multidisciplinares ou multiprofissionais é que depois do trabalho flui!”.

“...a importância de apostarmos nos processos formativos, em que as formações não sejam mais centradas ou nos enfermeiros ou na parte médica, mas com os grupos profissionais com quem nos cruzamos, isso pode ajudar a resolver...”.

A aposta na formação multiprofissional surge do discurso dos participantes como um aspeto facilitador da cultura de segurança. Achado corroborado pelo estudo de Lopez-Jeng e Eberth, (2020) que revela a formação multiprofissional em saúde como um facilitador do conhecimento, das atitudes e da motivação dos profissionais, favorecendo a sua adesão aos processos de mudança, o que possibilita a promoção da cultura de segurança.

Envolvimento e colaboração

“...é-lhe explicado qual é o motivo e tudo isso, o que enriquece a cultura de segurança dos elementos da equipa”.

“...é importante o envolvimento da equipa em todos os processos, nomeadamente na elaboração de procedimentos e instruções de trabalho. E isso entre mais jovens menos jovens sempre com envolvimento, isso vai envolvendo as pessoas numa cultura de segurança e a serem mais proactivas e mais participativas”.

“A ajuda que as pessoas podem dar para utilização das aplicações que estão ao nosso dispor, e cada vez estarão mais e que são várias, também vão contribuir para a segurança”.

O envolvimento dos profissionais e a colaboração entre os membros da equipa é referenciado por alguns dos participantes como um aspeto que facilita a cultura de segurança. Também Hill, Roberts, Alderson e Gale (2015), referem que o envolvimento da equipa favorece a cultura de segurança. Esta premissa é fortalecida

pelos achados de Murray e Sundin (2017) ao referirem que o envolvimento de toda a equipa é fundamental para que se prestem cuidados de qualidade, o que promove a cultura de segurança. Ainda O' Brien, Graham e Kelly (2017) evidenciam a colaboração entre os membros da equipa, como um aspeto facilitador da prática de cuidados seguros, o que promove a cultura de segurança.

Elos institucionais

“...nos últimos 2, 3 anos houve um grande desenvolvimento organizacional relativamente às questões da segurança, por via dos trabalhos desenvolvidos pelos elos de ligação”.

“...quero dizer que a nomeação dos elos, que é uma questão estrutural para os diferentes projetos na área do risco clínico e não clínico, é essencial”.

“...a responsabilidade relativa a algumas áreas, tornam as pessoas, na sua área de trabalho mais competentes e responsáveis”.

“As áreas de responsabilidade fazem as pessoas crescerem, sem dúvida, e tornarem-se ativas na gestão do serviço na implementação da gestão do risco”.

Os participantes evidenciaram a existência de elos nas diferentes áreas como facilitadores da cultura de segurança uma vez que estes profissionais fazem a ligação entre os grupos de trabalho onde estão inseridos e a equipe onde prestam cuidados, sendo em grande parte os dinamizadores da implementação dos projetos de melhoria nos serviços. No manual de standards da DGS, encontra-se referido que as instituições proporcionam a participação dos seus profissionais em grupos de trabalho entre níveis, para implementar a melhoria continua da qualidade (DGS, 2019). Deste modo, a criação dos elos constitui-se um potencial facilitador da cultura de segurança

Compromisso

“...tem que ser um comportamento e um compromisso de todos! E isto é, principalmente um compromisso organizacional, porque as questões da segurança têm custos, as questões da qualidade têm custos!”.

“...se isto não for um compromisso organizacional todas estas questões, muitas vezes, entroncam naquilo que já foi falado aqui”.

“...se for uma preocupação de todos isso aí vai incentivar a incorporar as melhores práticas identificar as situações e identificar as barreiras que existem e as oportunidades”.

“...faremos de forma segura ou não faremos! É evidente que nós não podemos deixar de fazer, mas se colocarmos esta questão em tudo aquilo que fazemos se nos questionarmos a nós próprios de tudo aquilo que nós fazemos no dia a dia, se questionarmos é seguro? Se cumpre todos os requisitos, se estou a facilitar algum ponto? Se esta cultura se criar entre todos os elementos da equipa, eu acho que isso sim é contribuir para o alvo final deste primeiro pilar”.

“... nas questões da segurança e do risco enquanto um compromisso de gestão, um compromisso organizacional, mas também tem que capacitar todos os profissionais com um valor com uma atitude ética e de responsabilidade de todos”.

Do discurso dos participantes, o compromisso surge como um outro facilitador da cultura de segurança. Um compromisso que, segundo eles, tem de ser de todos, a nível individual e institucional. A perspetiva de Hill et al. (2015) é idêntica quando evidenciam que o compromisso com os processos impulsionará a cultura de segurança. O Programa Nacional de Acreditação em Saúde estabelece que as instituições ofereçam aos cidadãos cuidados de saúde com qualidade e segurança, por profissionais competentes sustentados na evidencia científica, o que implica que as instituições se comprometam com a implementação dos processos de melhora contínua da qualidade (DGS, 2014). Assim o compromisso de todos, a nível individual, da equipa e institucional torna-se num facilitador da cultura de segurança.

Acreditação

“...os processos de acreditação acabam por condensar, sintetizar todo um conjunto de áreas todo um conjunto de dimensões que em termos de plano estratégico da saúde e em termos de plano estratégico da instituição são pensáveis”.

“A questão do controle de infeção, não só com a questão dos riscos, mas com todas as áreas e com a nomeação dos elos e com todas as questões daí advém (...) a questão das dotações seguras, a questão da segurança dos cuidados e a questão da segurança dos prestadores, não só a nível da violência, dos acidentes e até a exposição aos riscos biológicos e químicos e aqui a questão também entronca na saúde ocupacional o controlo da saúde ocupacional e das lesões músculo-esqueléticas e se nós analisarmos isto, nos processos de acreditação estas áreas estão lá todas”.

“Em primeiro lugar quero dizer que a acreditação é um motor de desenvolvimento destas áreas”.

“Os consentimentos informados era algo que não se fazia muito e que a partir destes processos de acreditação passa a ser obrigatório”.

“...um aspeto que está a ser bastante facilitador tem a ver um pouco com os processos de acreditação”.

Os participantes consideram a acreditação um importante facilitador dos processos de melhoria contínua da qualidade e promotor de cultura de segurança, salientado que a apropriação à cultura de segurança foi feita de forma reativa aos processos de acreditação, referindo-se à acreditação como um motor de desenvolvimento.

A obrigatoriedade em atingir metas implica um compromisso das instituições em proporcionar a implementação de estratégias para a segurança do doente (Aghaei et al., 2014). Para Mitchell, Graham e Nicklin (2020) a acreditação é um excelente contributo na qualidade e segurança dos cuidados, pois há normas e protocolos que regem as práticas, proporcionando a prática baseada na evidência. Também para Vaismoradi et al. (2020) a cultura de segurança é facilitada pelo uso de processos padronizados baseados em ferramentas validadas. A revisão sistemática da literatura efetuada por Hussein, Pavlova, Ghalwash e Groot (2021) mostra que a acreditação tem impacto positivo na qualidade dos cuidados, ainda que, o impacto no desempenho profissional possa ser complexo e cíclico, sendo necessário o apoio da liderança, sensibilização e envolvimento dos profissionais nos processos de acreditação.

Competências

“...as competências dessas mesmas equipas, nomeadamente na urgência, por exemplo, são um aspeto muito importante”.

“...nós todos na [dados confidenciais] somos especialistas, portanto relativamente a lidar com estes jovens acho que também é seguro que esse tipo de coisas assim aconteça”.

“Formar equipas colocando enfermeiros com mais conhecimento e com menos conhecimento, enfermeiros especialistas e de cuidados gerais, mais integrados e menos integrados”.

“...há as pessoas com grande experiência e conhecimento capazes de orientar as pessoas mais jovens, mas há depois também dentro das competências, condições interessantes para partilhar com os mais velhos nomeadamente nestas áreas das aplicações que também são importantes para maior desenvolvimento profissional”.

As competências dos profissionais são apontadas pelos participantes enquanto facilitadoras da promoção da cultura de segurança. No que diz respeito a esta subcategoria os gestores consideram que a diferenciação da equipa tanto a nível de competências quer a nível geracional, traduz-se na promoção da cultura de

segurança. Esta ideia é reforçada no manual de standards da DGS ao mencionar a gestão de competências, o reconhecimento dessas competências e a implementação de estratégias para o seu desenvolvimento como fundamentais para o progresso dos processos de melhoria continua da qualidade. Sendo evidenciada a importância dos profissionais como promotores de cuidados seguros e de acordo com as expectativas e necessidades das pessoas (DGS, 2019).

Liderança

“O enfermeiro gestor tem também um papel importante (...) para que os profissionais mantenham um ambiente favorável à prática, não só em termos de eficiência dos equipamentos, mas também não estarem eles preocupados no momento da assistência da prestação de cuidados com a operacionalidade dos equipamentos”.

“...outro aspeto, é na elaboração das escalas, na elaboração dos grupos de trabalho e na definição dos responsáveis de turno, ter sempre em conta o controlo das trocas para que cada turno fique assegurado com pessoas com competências suficientes para dar resposta às situações com mais complexidade”.

“...existe sim a preocupação em haver de facto um elemento mais diferenciado em qualquer uma das equipas, que deem resposta à generalidade das situações”.

“...nós temos que fazer cumprir rigorosamente todas as etapas para evitar ao máximo ter que notificar, ou seja, prevenir, prevenir o risco”.

“Em relação aos equipamentos e consumíveis na prática de cuidados, isto é uma das funções que eu considero que seja do enfermeiro gestor enquanto dinamizador, ou de alguém que ele delegue, e é difícil. O gestor é fundamentalmente o dinamizador de todas estas questões em conjunto com os elos”.

“Temos que estar atentos a novas metodologias, agora não depende só do gestor, assim como também não conseguimos resolver os problemas da dotação, mas temos a nossa obrigação”.

“...só para lembrar ..., temos que conhecer a legislação que nos regulamenta e notificar, notificar não só em plataforma, mas por ofício ou por mail ou por canais de comunicação das instituições, junto de quem nos tutela, as necessidades que temos em termos de recursos materiais e em termos de capital humano, fundamentalmente é isso que tenho para acrescentar”.

“...a segurança vai desde a porta de entrada, se calhar a entrada na urgência, até já depois, no pós alta e quando está em casa, portanto tudo isto acho que é função do enfermeiro gestor que tem que estar atento a esses pormenores todos!”.

“...o enfermeiro gestor também pode ter um importante papel na dinamização, nas metodologias de trabalho que sejam mais seguras”.

Da análise do discurso dos participantes emergiu a liderança como potencial facilitador da promoção cultura de segurança. Pois, para eles, o gestor tem um importante papel na dinamização das equipas e na gestão do capital humano, assegurando as dotações e as competências específicas para cada local de trabalho, providenciando formação de forma organizada respondendo às necessidades identificadas, proporcionando maior segurança, quer dos doentes quer dos profissionais. Salientam ainda, que uma liderança proativa, bem fundamentada e conhecedora da legislação está mais sustentada para a tomada de decisão. Referem também, como sua função, a gestão de materiais e equipamentos, garantindo que os cuidados sejam seguros. Sfantou et al. (2017), Olds, et al. (2017), salientam que a liderança desempenha um papel fundamental na melhoria da qualidade em saúde. Para Sexton et al. (2021) uma liderança capaz de reconhecer as capacidades da sua equipa, elogiá-la e celebrar os sucessos é uma liderança promotora do bem-estar dos profissionais e da cultura de segurança. O regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro, referencia o papel da liderança como facilitador do desenvolvimento profissional e organizacional e impulsionador nos processos de mudança que promovam a qualidade e a segurança. Também Ree e Wiig (2019) destacam o papel da liderança enquanto facilitador do crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, da participação nos processos de tomada de decisão e do equilíbrio entre os recursos e a carga de trabalho e, conseqüentemente promotora da cultura de segurança.

CONCLUSÃO

A cultura de segurança é fundamental para um ambiente favorável à prática, onde o exercício profissional dos enfermeiros se deseja de excelência e que, por conseguinte, os cuidados prestados sejam seguros.

Como a cultura de segurança abrange um conjunto de valores partilhados pela equipa e pela instituição que representam, algo que se vai construindo com a experiência, todos devem estar envolvidos neste processo, sendo o papel dos líderes crucial.

Os participantes neste estudo apresentam várias considerações sobre a promoção da cultura de segurança. Evidenciam as dotações seguras, a identificação de áreas de intervenção, as reuniões onde sejam discutidos os incidentes críticos, a identificação inequívoca, a monitorização do risco, as auditorias, a notificação de incidentes, a formação e a atribuição de áreas de responsabilidade, como estratégias implementadas nos serviços para melhorar e promover a cultura de segurança. Mencionam, ainda como fatores facilitadores da sua promoção, a acessibilidade a recursos, a documentação das práticas, a motivação, a formação multiprofissional, o envolvimento e colaboração, os elos institucionais, o compromisso, a acreditação, as competências e a liderança. Porém, também foram identificados fatores dificultadores/constrangimentos nomeadamente a notificação punitiva, a interoperabilidade ineficiente, as dotações insuficientes, a resistência à mudança e a escassez e inoperacionalidade dos recursos materiais.

Os resultados obtidos nesta investigação permitem tecer considerações sobre os contributos do enfermeiro gestor, na promoção da cultura de segurança, junto das suas equipas. Para promover a melhoria contínua da qualidade, fomentando a prática baseada na evidência, na qual faz parte integrante a cultura de segurança, o papel dos líderes e concretamente dos enfermeiros gestores é essencial. Sendo o PNSD um instrumento impulsionador da melhoria contínua da qualidade, este deverá ser amplamente conhecido por todos os profissionais de saúde, constituindo-se como orientador da práxis. Neste sentido, as instituições de saúde deverão considerar a divulgação do PNSD nos seus processos formativos e momentos reflexivos.

Para além da gestão de topo, também o enfermeiro gestor deverá ter um papel preponderante na sua divulgação e concretização a nível do serviço que lidera.

Tendo em conta as suas competências, deve ser influenciador da cultura de segurança, divulgando o PNSD e incluindo-o no plano anual da formação em serviço. Deverá, também, incentivar à partilha da informação e reflexão de momentos críticos, de notificações efetuadas, proporcionando envolvimento da equipa nas sugestões de melhoria da qualidade, empoderando e motivando-os relativamente à temática premente que é a cultura de segurança e os seus eixos basilares, que, por conseguinte, trarão ganhos em saúde para todos (profissionais, serviço, pessoa doente e própria instituição).

No entanto, com o estudo realizado, verifica-se que as estratégias promotoras da cultura de segurança encontram-se imbuídas por fatores dificultadores, que interferem com a segurança dos doentes. A segurança do doente está implícita na qualidade dos cuidados prestados e é descrito por vários autores que os custos em saúde são avultados quando a não qualidade supera a qualidade, pelo que compete aos enfermeiros gestores intervirem na governação clínica, serem agentes dinamizadores e demonstrarem os ganhos em saúde obtidos através da implementação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem nos seus serviços e monitorizá-los, garantindo assim a melhoria contínua da qualidade e a promoção da cultura de segurança.

Considerando ainda os resultados obtidos, os participantes salientaram vários aspetos explanados no PNSD 2021-2026, no entanto, a literacia em saúde e a avaliação da cultura de segurança não foram mencionadas, sendo estes determinantes para a sua promoção e implementação.

Na medida em que a avaliação da cultura de segurança permite identificar áreas a melhorar para posteriormente intervir, considera-se que a aplicação do questionário para avaliação dessa mesma cultura nos contextos poderá ser uma estratégia para contribuir efetivamente para o seu diagnóstico, projeção de melhorias e a sua implementação. Relativamente à literacia em saúde, também esta promotora da cultura de segurança, é de facto indispensável que os profissionais, as pessoas doentes e o cidadão em geral, estejam cada vez mais capacitados e envolvidos na promoção da saúde e bem-estar, sendo que este empoderamento lhes permitirá tomar decisões esclarecidas e responsáveis, tornando os cuidados de saúde cada vez mais seguros e individualizados.

Assim, em jeito reflexivo considera-se que quando todos - instituições, profissionais; pessoa doente; cuidador e cidadão em geral -, estiverem capacitados e se sentirem envolvidos, estará delineado o compromisso efetivo com a cultura de segurança.

Numa investigação, importa refletir também sobre possíveis limitações decorrentes da temática e do próprio estudo, o que permitirá melhorar à posteriori. Os participantes no estudo foram enfermeiros gestores de uma única instituição, o que pode ser considerado como uma limitação do estudo, na medida em que cada instituição é caracterizada por uma dinâmica e cultura própria, sugerindo-se deste modo, a realização de estudos semelhantes que contemplem várias instituições. Também, o facto de os dados terem sido obtidos num único momento, uma vez que foi constituído apenas um *focus group*, poderá apresentar-se como outra limitação para o estudo.

Tendo em conta a relevância do tema e dos dados obtidos relativamente às estratégias implementadas pelos enfermeiros gestores para a promoção da cultura de segurança, e os fatores que a condicionam, considera-se pertinente a replicação da mesma abordagem metodológica incluindo os enfermeiros no contexto da prática, com o intuito de perceber a sua interpretação sobre a cultura de segurança.

Em suma, este estudo permitiu identificar as estratégias utilizadas pelos participantes, na promoção da cultura de segurança, bem como fatores que a condicionam, de forma favorável ou desfavorável, sendo designados como facilitadores ou constrangimentos, respetivamente, os quais permitem ter uma visão dessa mesma promoção na prática e das necessidades de melhoria e trabalho com as equipas, para que efetivamente a cultura de segurança seja uma realidade estratégica implementada no quotidiano de um serviço.

BIBLIOGRAFIA

- Agency for Health Care Research and Quality. (2019). Culture of safety. *Patient safety network*. Recuperado de <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/Culture-of-Safety>
- Aghaei, H. A., Kringos, D. S., Manoochehri, J., Ravaghi, H., & Klazinga, N. S. (2014). Implementation of patient safety and patient-centeredness strategies in Iranian hospitals. *Plos One*, 9(9), 1-8 doi: 10.1371/journal.pone.0108831
- Águas, R., Araújo, C., & Soares, S. (2017). Questionário de atitudes de segurança: versão cuidados intensivos: adaptação e validação para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15) 101-108. Recuperado de <https://doi.org/10.12707/RIV17041>
- Ahlstedt, C., Lindvall, C. E., Holmström, I. K., & Muntlin, Å. (2020). Flourishing at work: Nurses' motivation through daily communication - An ethnographic approach. *Nursing & Health Sciences*, 22(4), 1169-1176 doi: 10.1111/nhs.12789
- Alammar, K., Alamrani, M., Alqahtani, S., & Ahmad, M. (2016). Organizational Commitment and Nurses' Characteristics as Predictors of Job Involvement. *Nursing Leadership*, 29(4), 59-69 doi: 10.12927/cjnl.2016.24983
- Alsalem, G., Bowie, P., & Morrison, J. (2018). Assessing safety climate in acute hospital settings: a systematic review of the adequacy of the psychometric properties of survey measurement tools. *BMC Health Services Research*, 18(353), 1-14 doi: 10.1186/s12913-018-3167-x
- Alswat, K., Abdalla, R. A. M., Titi, M. A., Bakash, M., Mehmood, F., Zubairi, B., ... El-Jardali, F. (2017). Improving patient safety culture in Saudi Arabia (2012-2015): trending, improvement and benchmarking. *BMC Health Services Research*, 17(516) doi: 10.1186/s12913-017-2461-3
- American College of Healthcare Executives. (2017). *Leading a culture of safety: a blueprint for success*. Recuperado de https://www.osha.gov/shpguidelines/docs/Leading_a_Culture_of_Safety-A_Blueprint_for_Success.pdf
- Amiri, M., Khademian, Z., & Nikandish, R. (2018). The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 18(158) doi: 10.1186/s12909-018-1255-6
- Anderson, J., & Abrahamson, K. (2017). Your health care may kill you: medical errors. *Building Capacity for Health Informatics in the Future*, 234, 13 – 17 doi:10.3233/978-1-61499-742-9-13

- Ashurst, A. (2017). Creating a workplace culture of learning and development. *Nursing and Residential Care*, 19(8), 474–475 doi:10.12968/nrec.2017.19.8.474. Recuperado de <https://sci-hub.se/10.12968/nrec.2017.19.8.474>
- Associação Médica Mundial. (2013). *Princípios éticos para a investigação médica em seres humanos Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial*. Associação Médica Mundial. Recuperado de: https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/declaracao-de_helsinquia_2013.pdf
- Azyabi, A., Karwowski, W., & Davahli, M.R. (2021). Assessing patient safety culture in hospital settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2466) doi: 10.3390/ijerph18052466
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (4ªed.). Lisboa, Portugal: Edições70.
- Batista, J., Cruz, E. D. A., Alpendre, F. T., Paixão, D. P. S. S, Gaspari, A. P., & Mauricio, A. B. (2019). Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde: *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180192>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Capín, A. M., Cerro, C. I., Redondo, A. D., López, P. V., & Pardillo, R. M. (2022). Impacto del mapa de riesgos como estrategia de monitorización y mejora de seguridad del paciente en urgências. *Anales de Pediatría*, 97(4), 229-236. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403322000170?via%3Dihub>
- Costa, M. (2014). *Cultura de segurança do doente num hospital da região centro, perceção dos profissionais* (Dissertação de mestrado). Recuperado de https://estudo geral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27362/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20Marina_pronta.pdf
- Creswell, J. W. (2016). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ªed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Decreto-Lei nº 71/2019 de 27 de maio. *Diário da República nº 101/2019 – I Série*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro. *Diário da República nº 187/2021 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República nº 28/2015 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. *Diário da República nº 102/2015 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho. *Diário da República nº 120/2009 - II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. versão portuguesa da publicação da Organização Mundial de Saúde (2009)*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma 005/2018: Avaliação da cultura de segurança do doente nos Hospitais*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano nacional de Saúde 2012-2016. Versão Resumo*. Recuperado de <https://1nj5ms2lli5hdqgbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Completa.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de standards instituições de saúde/centros hospitalares ME 17 1_01*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual-de-standards-is-ch1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Manual de standards Unidades de Gestão Clínica ME 5 1_08*. Recuperado de <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2023/06/ManualUnidadesGestaoClinicaDGS2023.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Programa nacional de acreditação em saúde*. Recuperado de <https://pt.scribd.com/document/455073561/programa-nacional-de-acreditacao-em-saude>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating quality of medical care. *The milbank quarterly*, 83(4), 691-729. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Duffy, W. (2017). Improving patient safety by practicing in a just culture. *Aorn Journal*, 106(1), 66-68. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.05.005>
- Fassarella, C. S., Silva, L. D., Camerini, F. G., & Figueiredo, M. C. A. B. (2019). Nurse safety culture in the services of a university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 767-773 doi:10.1590/0034-7167-2018-0376
- Flick, U. (2013). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa, Portugal: Monitor.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2014). *Erro em medicina: perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina. ISBN 9789724023472
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Lisboa, Portugal: Editora Lidel. ISBN: 978-972-757-797-2
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes: Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 26, 564-70.
- Fragata, J. (2006). *Risco clínico: complexidade e performance*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.

- Francis-Coad, J., Etherton-Beer, C., Bulsara, C., Nobre, D., & Hill, A. M. (2017). Using a community of practice to evaluate falls prevention activity in a residential aged care organisation: a clinical audit. *Australian Health Review*, 41(1), 13-18 doi: 10.1071/AH15189
- Gandhi, T. K., Berwick, D. M., & Shojania, K. G. (2016). Patient Safety at the Crossroads. *Jama*, 315(17), 1829-1830 doi: 10.1001/jama.2016.1759
- Gomes, A. B. A. V. (2019). Importância da caracterização das Estruturas e Processos de Avaliação e Gestão do Risco em Hospitais Portugueses (Dissertação de mestrado). Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/91652/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20%20Ana%20Brito%20Gomes.pdf>
- Guerra, N. (2018). *Dotações de enfermagem: impacto na segurança dos cuidados de saúde* (Tese de doutoramento). Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/28053>
- Harton, L., & Skemp. L. (2022). Medical–surgical nurse leaders' experiences with safety culture: An inductive qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2105 – 3640. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ionm.13775>
- Hessels, A. J., Paliwal, M., Weaver, S. H., Siddiqui, D., & Wurmser, T. A. (2019). Impact of patient safety culture on missed nursing care and adverse patient events. *J Nurs Care Qual*, 34(4), 287-294 doi: 10.1097/NCQ.0000000000000378
- Hill, M. R., Roberts, M. J., Alderson, M. L., & Gale, T. C. (2015). Safety culture and the 5 steps to safer surgery: an intervention study. *Br J Anaesth*, 114(6), 958-962 doi: 10.1093/bja/aev063
- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 21(1057), 1-12 doi: 10.1186/s12913-021-07097-6
- International Council of Nurses. (2022). *Patient Safety* recuperado de <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/patient-safety>
- Kang. S., Ho, T. T. T., & Lee, N. J. (2020). Comparative studies on patient safety culture to strengthen health systems among southeast asian countries. *Front Public Health*; 8 (600216) doi: 10.3389/fpubh.2020.600216
- Ko, Y., & Yu, S. (2017). The relationships among perceived patients' safety culture, intention to report errors, and leader coaching behavior of nurses in korea: a pilot study. *Journal of Patient Safety*, 13(3), 175-183 doi: 10.1097/PTS.0000000000000224
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). Thousand Oaks, California: Sage
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. *Diário da República n.º 169/2019 - Série I*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

- Lei nº 21/2014 de 16 de abril. *Diário da República nº 75/2014 – I Série*. Lisboa. Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/21-2014-25344024>
- Lima, F. D. (2014). A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Espaço para a Saúde*, 15(3), 22-29 doi: 10.22421/15177130-2014v15n3p22
- Liu, X., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J. G., Liu, J., Wu, Y., & You, L. (2018). Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *Int J Nurs Stud*, 86, 82-89 doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005
- Lopez-Jeng, C., & Eberth, S., D. (2020). Improving hospital safety culture for falls prevention through interdisciplinary health education. *Health Promot Pract*, 21(6), 918-925 doi: 10.1177/1524839919840337
- Mekonnen, A. B., McLachlan, A. J., Brien, J-a., E., Mekonnen, D., & Abay, Z. (2017). Hospital survey on patient safety culture in Ethiopian public hospitals: a cross-sectional study. *Safety in Health*; 3(11) doi: 10.1186/s40886-017-0062-9
- 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 doi: 10.1016/j.rpsp.2014.06.003
- Mitchell, J. I., Graham, I. D., & Nicklin, W. (2020). The unrecognized power of health services accreditation: more than external evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(7), 445-455 doi: 10.1093/intqhc/mzaa063
- Murray, M., Sundin, D. & Cope, V. (2018). The nexus of leadership and a culture of safer patient care. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), 1287-1293 doi: 10.1111/jocn.13980
- Newell, S., & Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(1), 76-87 doi: 10.11124/jbisrir-2015-1072
- O'Brien, B., Graham, M. M., & Kelly, S. M. (2017). Exploring nurses' use of the WHO safety checklist in the perioperative setting. *Journal of Nursing Management*, 25(6), 468-476 doi: 10.1111/jonm.12428
- Okello, D. R., & Gilson L. (2015). Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review. *Human Resources for Health*; 13, doi: 10.1186/s12960-015-0007-5
- Oliveira, P. C. A., & Teixeira J. M. F. (2023). A comunicação da equipa na promoção da segurança da pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 3392-3411. Recuperado de <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-266>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: Autor. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento da competência acrescida avançada em gestão*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8151/regulamento-n%C2%BA-76_2018-regulamento-da-compet%C3%Aancia-acrescida-avan%C3%A7ada-em-gest%C3%A3o.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Dia Mundial dos Cuidados de Saúde Baseados na Evidência*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/dia-mundial-dos-cuidados-de-sa%C3%BAde-baseados-na-vid%C3%Aancia/>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709_por.pdf
- Parker, J. & Davies, B. (2020). No blame no gain? From a no blame culture to a responsibility culture in medicine. *Journal of Applied Philosophy*, 37(4), 646-660 doi: 10.1111/japp.12433
- Peerally, M. F., Carr, S., Waring, J., & Dixon-Woods, M. (2017). The problem with root cause analysis. *BMJ Quality & Safety*, 26(5), 417-422 doi: 10.1136/bmjqs-2016-005511
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., O'Connor, P., Vaughan, D., & Williams, D. (2015). Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *QJM*, 108(4), 273-277 doi: 10.1093/qjmed/hcu145
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770 doi: 10.1136/bmj.320.7237.768
- Ree, E., & Wiig, S. (2019). Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing Open*, 7(1), 256-264 doi: 10.1002/nop2.386
- Regulamento nº 76/2018 de 30 de janeiro de 2018. *Diário da República Nº21 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal
- Riplinger, L. Piera-Jiménez, J. & Dooling, J. P. (2020). Patient identification techniques – approaches: Implications, and findings. *Yearb Med Inform*, 29, 81-86 doi: 10.1055/s-0040-1701984

- Sexton, J. B., Adair, K. C., Profit, J., Bae, J., Rehder, K. J., Gosselin, T., ... Frankel, A. (2021). Safety Culture and Workforce Well-Being Associations with Positive Leadership WalkRounds. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 47(7), 403-411 doi: 10.1016/j.jcjq.2021.04.001
- Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Pistolla, D. S., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review. *Healthcare*, 5(73), 1-17. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare5040073>
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2013) *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista* (5ª ed). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Sousa, P.P. & Ferrito, C. (2022). Metodologia qualitativa aplicada à investigação em cuidados de saúde. In M. Néné, C. Sequeira (eds.), *Investigação em enfermagem: Teoria e prática* (pp. 71-96). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Vaismoradi, M., Tella, S., Logan, P. A., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' adherence to patient safety principles: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*;17(6), 2028 doi: 10.3390/ijerph17062028
- Wami, S. D., Demssie, A. F., Wassie, M. M., & Ahmed, A. N. (2016). Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Service Research*, 16(495) doi: 10.1186/s12913-016-1757-z
- Wang, Y., Eldridge, N., Metersky, M. L., Verzier, N. R., Meehan, T. P., Pandolfi, M. M., ... Battles, J. (2014). National trends in patient safety for four common conditions, 2005-2011. *The New England Journal of Medicine*, 370(4), 341-351 doi: 10.1056/NEJMsa1300991
- World Health Organization. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Zhao, M., Vaartjes, I., Klipstein-Grobusch, K., Kotseva, K., Jennings, C., Grobbee, D. E., & Graham, I. (2017). Quality assurance and the need to evaluate interventions and audit programme outcomes. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3), 123-128 doi: 10.1177/2047487317703829

APÊNDICES

APÊNDICE I: GUIÃO DO *FOCUS GROUP*

GUIÃO PARA O *FOCUS GROUP*

Duração estimada do *focus group*: 60 minutos

Local: Gabinete / Sala de reuniões, [REDACTED]

Fases do <i>focus group</i>	Questões a realizar	Observações / Comentários
Introdução	<p>Apresentação da investigadora e moderadora;</p> <p>Apresentação dos participantes;</p> <p>Contextualização sumária da investigação em curso. (Âmbito, tema e objetivos do estudo);</p> <p>Explicação sobre a estrutura da sessão de <i>focus group</i> e a função dos moderadores;</p> <p>Solicitação de autorização para gravação áudio e transcrição integral dos discursos obtidos durante a sessão;</p> <p>Informação acerca da garantia da confidencialidade dos dados através da sua codificação na transcrição, tratamento e divulgação de resultados;</p> <p>Obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, assinado por cada um dos participantes;</p> <p>Informação acerca da relevância da sua participação e consentimento para o estudo, assegurando o anonimato e liberdade para, a qualquer momento, poder interromper a entrevista, se assim o pretender;</p> <p>Solicitação para preenchimento do questionário de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.</p>	<p>Negociar estratégias para realização da sessão;</p> <p>Explicar que os dados obtidos serão codificados e apresentados conjuntamente, não permitindo a identificação.</p>
Desenvolvimento / Exploração	<p>A Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde integra o Plano Nacional para a Segurança do Doente o qual é sustentado por 5 pilares dos quais foi destacado para este estudo a cultura de segurança.</p> <p>1 - Como é que nos vossos serviços asseguram e promovem uma cultura de segurança?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas implementadas? • Estratégias implementadas? • Protocolos? <p>2 - O que consideram que dificulta a promoção da cultura de segurança?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que constrangimentos as vossas equipas vivenciam? Como poderiam ser melhorados esses aspetos? <p>3 – Apesar dos constrangimentos, existem aspetos facilitadores que queiram mencionar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que potencialidades/facilitadores? <p>4 - Que outros aspetos sobre a temática consideram pertinentes e que não tenham sido abordados?</p>	<p>Promover a interação e discussão com os entrevistados;</p> <p>Solicitar aprofundamento/ esclarecimentos sempre que a informação não seja esclarecedora;</p> <p>Anotar pontos chave;</p> <p>Respeitar os silêncios.</p>

Encerramento	<p>Apresentação de um breve resumo dos elementos importantes que foram discutidos pelos participantes para que sejam validados ou esclarecidos;</p> <p>Agradecer a disponibilidade e colaboração dos participantes, salientando a importância da discussão na identificação dos contributos do enfermeiro gestor para a cultura de segurança.</p> <p>Mostrar disponibilidade para esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir durante o estudo.</p>	<p>Informar que os resultados do estudo poderão ser divulgados, sem que sejam identificados os participantes</p>
---------------------	---	--

APÊNDICE II: CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “Contributos do Enfermeiro Gestor na Cultura de Segurança”

Enquadramento: Trabalho de Investigação desenvolvido no curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Gestão de unidades de Cuidados, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Explicação do estudo: O estudo tem como objetivos identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores que promovem a cultura de segurança e identificar os fatores que condicionam os enfermeiros gestores na promoção da cultura de segurança. Com este estudo pretende-se incrementar boas práticas de promoção de uma cultura de segurança de acordo com as melhores evidências e promover e potenciar uma cultura que assegure processos de melhoria contínua da qualidade.

Deste modo, solicita-se a sua colaboração para participar numa sessão *focus group* e preenchimento de um questionário para caracterização sociodemográfica e profissional, com duração estimada de 60 minutos. Para registar a informação recolhida será utilizado um gravador. A informação veiculada será posteriormente transcrita e analisada.

Condições e financiamento: A participação nesta investigação é de carácter voluntário, não existindo qualquer prejuízo caso não queira participar ou pretenda desistir no decorrer da mesma.

Confidencialidade e anonimato: Será garantido o anonimato das respostas e todos os dados confidenciais serão utilizados apenas para os fins da investigação, sendo a gravação destruída após a realização do estudo.

Ao dispor para qualquer esclarecimento/informação adicional, com os melhores cumprimentos.

Maria de Fátima Rodrigues dos Santos – Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria a desempenhar funções no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra no Departamento Pediátrico

mfatimarsantos@live.com.pt

Telemóvel: XXXXXXXXXX

Assinatura:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora

Nome:

Assinatura:

Data:

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA O PARTICIPANTE.

APÊNDICE III: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E
PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E
PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES**

Os dados fornecidos são fundamentais para a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e posterior análise dos dados. A informação recolhida é confidencial, destina-se apenas para efeitos da investigação.

1 - Sexo

Feminino

Masculino

2 - Idade: __anos

3 - Formação Académica e Profissional

Licenciatura Área: _____

Pós licenciatura Área: _____

Pós graduação Área: _____

Mestrado Área: _____

Doutoramento Área: _____

4 - Tempo de experiência profissional: __anos

5 - Tempo de experiência profissional na categoria: _____anos