

Millenium, 2(6), 33-39.

pt

CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE: ESTUDO DE ALGUNS FATORES INTERVENIENTES
PATIENT SAFETY CULTURE: STUDY OF SOME INTERVENING FACTORS
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: ESTUDIO DE ALGUNOS FACTORES INTERVENIENTES

Manuela Ferreira¹
João Consciência²
João Duarte¹
Daniel Silva¹

¹ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, CI&DETS, Viseu, Portugal.

² Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal

Manuela Ferreira - mmferreira@gmail.com | João Consciência - jrbcosciencia@gmail.com | João Duarte - duarte.johnny@gmail.com |
Daniel Silva - dsilva.essv@gmail.com



Autor Correspondente

Manuela Ferreira

Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 Viseu
mmferreira@gmail.com

RECEBIDO: 30 de janeiro de 2018

ACEITE: 08 de março de 2018

RESUMO

Introdução: A segurança do doente tem um carácter multidimensional e multidisciplinar. No âmbito da sua índole multidimensional a OMS evidencia a importância da qualidade da interação e da comunicação como determinantes da qualidade e da segurança na prestação dos cuidados de saúde.

Objetivo: Analisar em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam as competências de comunicação dos enfermeiros e qual o impacto das competências comunicacionais dos enfermeiros na cultura de segurança dos cuidados.

Métodos: Estudo, de carácter quantitativo, descritivo/correlacional, analítico e transversal, realizado numa amostra de 138 enfermeiros. Foi utilizada a escala Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais (Eiras, 2011), e a Escala de Competências de Comunicação Clínica (ECCC) validada por (Ferreira, Silva & Duarte 2016) para avaliação das competências comunicacionais.

Resultados: Os participantes têm uma idade média de 32.51 anos, com um desvio padrão de 7.958. São maioritariamente do sexo feminino (77.54%) com licenciatura (94.4%) e tem, em média 9.41 anos, de experiência profissional. A idade, o estado civil, a experiência profissional não influenciam a cultura de segurança do doente. Após a análise inferencial através de uma regressão múltipla multivariada, todas as variáveis manifestadas (Anos experiência profissional, recolhe informação, partilha Informação e permite terminar o diálogo) registam valores significativos. Quanto maior o número de anos de experiência profissional menor a resposta ao erro não punitiva.

Conclusões: Os resultados apontam para a importância da comunicação sobre algumas variáveis na cultura de segurança do doente. Esta realidade circunscreve-se de novos pressupostos e atitudes dos profissionais que têm que acompanhar, em tempo útil, a evolução do conhecimento, garantindo uma comunicação enfermeiro / utente eficaz e práticas de cuidados seguras, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-Chave: Cultura de segurança; Qualidade cuidados; Comunicação.

ABSTRACT

Introduction: Patient's safety has a multidimensional and multidisciplinary character. In its multidimensional nature, WHO highlights the importance of the quality interaction and communication as determinants of quality and safety in health care delivery.

Objective: To analyze the extent to which sociodemographic and professional variables influence nurses' communication skills and what the impact of nurses' communicational competencies on the safety culture of care.

Methods: A quantitative, descriptive-correlational, analytical and cross-sectional study with a sample of 138 nurses. We used the Hospital survey on Patient Safety Culture (Eiras, 2011), and the Clinical Communication Skills Scale (ECCC), validated by (Ferreira; Silva & Duarte 2016) for the evaluation of communication skills.

Results: The population has 32.51 years as average, with a standard deviation of 7.958. They are mostly female (77.54%) with a degree (94.4%) and have, on average, 9.41 years of professional experience. Age, marital status, work experience does not influence the safety culture of the patient. After the inferential analysis through a multivariate multiple regression, we note that all manifest variables (Years of professional experience, collects information, share information and allows to terminate the dialogue) showed significant values. The greater the years of professional experience less punitive error response.

Conclusions: The results point to the importance of some variables in the patient's safety culture. This reality is circumscribed by new presuppositions and attitudes; Professionals who have to attend, in a timely manner, the evolution of knowledge, ensuring safe practices, assuring the quality of the care provided.

Keywords: Safety culture; Quality of care; Communication.

RESUMEN

Introducción: La seguridad del paciente tiene un carácter multidimensional y multidisciplinario. En el ámbito de su índole multidimensional, la OMS pone de manifiesto la importancia de la calidad de la interacción y de la comunicación como determinantes de la calidad y la seguridad en la prestación de la asistencia sanitaria.

Objetivo: Analizar en qué medida las variables sociodemográficas y profesionales influyen las competencias de comunicación de los enfermeros y cuál es el impacto de las competencias comunicacionales de los enfermeros en la cultura de seguridad del cuidado.

Métodos: Estudio, de carácter cuantitativo, descriptivo / correlacional, analítico y transversal, se realizó en una muestra de 138 enfermeros. Se utilizó la escala Evaluación de la Cultura de Seguridad del Enfermo en Hospitales (Eiras, 2011), y la Escala de Competencias de Comunicación Clínica (ECCC) validada por (Ferreira, Silva & Duarte 2016) para la evaluación de las competencias comunicacionales.

Resultados: Los participantes tienen una edad media de 32.51 años, con una desviación estándar de 7.958. Son mayoritariamente del sexo femenino (77.54%) con licenciatura (94.4%) y tiene, en promedio 9.41 años, de experiencia profesional. La edad, el estado civil, la experiencia profesional no influyen en la cultura de seguridad del paciente. Después del análisis inferencial a través de una regresión múltiple multivariada, todas las variables manifiestas (Años experiencia profesional, recolecta información, compartir información y permite terminar el diálogo) registran valores significativos. Cuanto mayor sea el número de años de experiencia profesional menor la respuesta al error no punitivo.

Conclusiones: Los resultados apuntan a la importancia de la comunicación sobre algunas variables en la cultura de seguridad del paciente. Esta realidad se circunscribe de nuevos supuestos y actitudes de los profesionales que tienen que acompañar a su debido tiempo la evolución del conocimiento, garantizando una comunicación enfermero / usuario eficaz y prácticas de cuidados seguros, con garantía de calidad de los cuidados prestados.

Palabras clave: Cultura de seguridad; Calidad de cuidados; Comunicación.

1. INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde reveste-se de um elevado grau de complexidade determinado pelas especificidades do seu foco, o utente, assim como pelo carácter multidimensional, multiprofissional e pluridisciplinar dos contextos. Uma das características dos Sistemas de Saúde é a produção de resultados imprecisos, muitas vezes expressos em erros e complicações com elevados custos de eficiência e crescentes graus de insatisfação, tanto dos utilizadores como dos prestadores (Fragata, Sousa, & Santos, 2014). Os eventos adversos constituem-se como a maior causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo e embora as estimativas referentes a esta realidade sejam vagas, muitos estudos alertam para as fragilidades na qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2008). A quantificação dos danos sofridos pela prestação de cuidados de saúde inseguros e inadequados é um processo difícil e complexo (OMS, 2008; Pimenta, 2013). Em 1999 o Instituto of Medicine divulgou o relatório *To Error is Human: Building a safer Health System* onde estima que nos Estados Unidos morreriam anualmente entre 44 a 98 mil indivíduos em consequência de erros dos cuidados de saúde que receberam, um número comparável à queda diária de um boeing 747 e superior à mortalidade decorrente do VIH-Sida, do cancro da mama ou dos acidentes (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). A literatura identifica o erro médico como um problema grave nos cuidados de saúde nos diversos países da Europa. Um conjunto alargado de investigações sobre prevalência do erro nos cuidados de saúde estima que entre 3 a 16% dos doentes são vítimas de erros de tratamento que poderiam ser evitados (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010). Em Portugal os dados disponíveis sobre esta importante problemática são ainda mais escassos, no entanto, se considerarmos que os hospitais portugueses têm a mesma fiabilidade dos seus congéneres americanos, será possível estimar entre 1.300 a 2.900 mortes anuais em consequência de erros cometidos pela prestação de cuidados de saúde (Mendes & Barroso, 2014). Se associarmos a estes números os casos de morbilidade decorrentes do mesmo facto, temos a noção de que estamos perante uma realidade assustadora que requer uma atenção multidimensional e pluridisciplinar imediata, orientada pela investigação que permita identificar os problemas e desafios inerentes à segurança do doente e estudar as soluções adequadas. A segurança do doente constitui-se, neste contexto, como um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do séc. XXI. Tema central no âmbito da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação mundial, de crescimento exponencial, que exige o envolvimento de todos os parceiros do processo, organizações de saúde, decisores políticos, gestores, profissionais de saúde, utentes e familiares. A elaboração de programas assertivos e congruentes de qualidade em saúde e segurança do utente impõe esta abordagem pluridimensional e integrada. A ocorrência do erro é um fenómeno adverso que, de uma ou de outra forma afeta todos os elos desta cadeia nomeadamente os profissionais, elementos operacionais da prestação de cuidados (Antunes, 2015). A mudança permanente das conjunturas de trabalho (aumento da esperança média de vida, doentes mais complexos, rotação de profissionais, evolução tecnológica cada vez mais complexa), associada a um nível de exigência cada vez maior dos utilizadores do sistema de saúde, pode ameaçar o funcionamento da melhor equipa e a excelência do melhor profissional (Mendes & Barroso, 2014). Os erros são, assim, muitas vezes, consequências e não causas. Se errar é condição humana, reconhecer o erro e adquirir competências para o prevenir é exigência chave para o desenvolvimento pessoal e profissional (Santos et al., 2010). É neste contexto que se edifica e ganha destaque uma nova entidade, a *Cultura de Segurança*, que reflete o comprometimento dos profissionais de uma organização com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro e que terá como consequência desejável e esperada, a mudança de comportamentos, influenciando desta forma os resultados, ou seja, a garantia de cuidados seguros ao cidadão (Reis, 2014). Em Portugal, este novo paradigma constitui uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e para o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes que apontam a cultura de segurança como um imperativo nas intervenções de melhoria, as quais deverão ser sempre coadjuvadas pela monitorização da evolução das mesmas (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2015). A *Cultura de Segurança* é um elemento integrante e indissociável dos programas de qualidade, definindo-se como a prestação de

cuidados de saúde seguros, eficazes, oportunos e equitativos (Pimenta, 2013). Deve ser veiculada por uma comunicação aberta, trabalho em equipa, reconhecimento de dependência mútua, aprendizagem contínua, notificação de eventos adversos assegurando-se, por esta via a primazia da segurança em todos os níveis da organização (World Health Organization [WHO], 2009 cit. in Reis, 2014). Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por uma comunicação fundamentada na confiança mútua e na efetividade das medidas preventivas. A importância da comunicação na área da saúde tem vindo a ser alvo de vários estudos ao longo das últimas décadas e a OMS evidencia-a como determinante da qualidade da segurança na prestação dos cuidados (Santos *et. al*, 2010). A sua importância na estrutura, processo e resultados dos cuidados de saúde é corroborada pela Joint Commission International. Esta comissão tem como missão identificar problemas e desafios inerentes à segurança do doente e, estudar as soluções adequadas que serão fundamentadas nas partilhas dos profissionais de saúde e de todos os outros elementos envolvidos no sistema da prestação de cuidados. Como resultado desta participação pluridisciplinar em 2007 a OMS elaborou o documento “The Nine Patient Safety Solutions” expondo tudo o que foi apreendido sobre o “onde”, o “como” e o “porquê” dos acidentes adversos em saúde (WHO, 2007). Um dos nove desafios e soluções identificadas diz respeito, precisamente, à comunicação (Communication during patient hand – overs), assumindo que as perturbações ou falhas na comunicação entre e inter equipas podem estar na base da ocorrência do erro no diagnóstico e tratamento, da diminuição da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, dos danos potenciais para os doentes (WHO, 2007). A importância da comunicação no trabalho de uma equipa interdisciplinar é determinante na qualidade da prestação de cuidados de saúde (Nogueira & Rodrigues, 2015), afetando positivamente a segurança e o resultado do tratamento (Babiker, *et al.*, 2014). As relações que se estabelecem, com o doente ou com a família, advêm da capacidade de comunicação do enfermeiro e de toda a equipa multidisciplinar que com ele atua. É através dela que se cria um entendimento entre quem emite e quem recebe a informação, sendo parte determinante da profissão e a primazia para a edificação de uma sólida relação de confiança (Pereira, 2008). A comunicação é a principal ferramenta terapêutica do enfermeiro, uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção que tem do mundo. Motiva os esforços do indivíduo para se preservar da doença ou então, para se consciencializar da doença e responsabilizar-se pelo seu tratamento (Phaneuf, 2005).

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo/correlacional, analítico e transversal. A amostra, do tipo não probabilística por conveniência é constituída por 138 enfermeiros.

Pretendemos analisar em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam as competências de comunicação dos enfermeiros, e qual o impacto das competências comunicacionais dos enfermeiros na cultura de segurança dos cuidados. Foi aplicado um instrumento de colheita de dados composto por, um questionário destinado à caracterização da amostra que inclui as variáveis sociodemográficas e profissionais. Utilizamos a Escala Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais (Eiras, 2011) composta por 7 secções que englobam 42 itens: – A “O seu serviço/unidade de trabalho”, constituída por 18 itens; B – “O seu superior hierárquico”, constituída por 4 itens; C – “Comunicações”, constituída por 6 itens; D – “Frequência da notificação”, constituída por 3 itens; secção E – “Grau de segurança do doente”, constituída por 1 item; F – “O seu hospital” constituída por 11 itens; G – “Número de eventos/ocorrências” constituída por 1 item. Para análise dos resultados, consideramos como positivos acima de 75% e classificamos esse aspeto da cultura de segurança como forte (muito bom nível). Inferiores a 50% representam áreas problemáticas ou aspetos críticos. Para os valores intermédios (> 50% e < 75%), consideramos como não sendo problemáticos, mas devem ser vistos como oportunidade de melhoria.

Utilizamos ainda a Escala de Competências de Comunicação Clínica (ECCC) validada por (Ferreira, Silva, & Duarte, 2016). É uma escala tipo likert constituída por 24 itens organizados em 7 fatores correspondentes aos sete elementos essenciais à comunicação: Constrói uma relação; Inicia a discussão; Recolhe informação; Percebe a perspetiva do utente; Partilha informação; Chega a um consenso; Permite terminar o diálogo. Avaliamos algumas das propriedades métricas através de estudos de validade e de fiabilidade nomeadamente a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens tendo revelado bons índices de fiabilidade. A colheita de dados decorreu de fevereiro a maio de 2016.

3. RESULTADOS

Os inquiridos têm uma idade média de 32.51 anos, são maioritariamente do sexo feminino (77.54%) com licenciatura (94.4%) e tem em média 9.41 anos de experiência profissional.

Os enfermeiros com mais de 30 anos são aqueles que detêm melhores competências comunicacionais.

São os profissionais de saúde com mais anos de experiência profissional (> 10anos $\bar{x}=14.945\pm 2.296$) que apresentam médias mais elevadas nas diversas dimensões das competências de comunicação clínica.

Avaliámos a valorização atribuída aos domínios da comunicação clínica e verificámos que: 61.6% dos enfermeiros considera *estabelecer relação entre o profissional e o utente (rapport)* a competência de comunicação mais relevante. Para 47.1% dos enfermeiros *abrir uma consulta/entrevista clínica* é relevante, tendo sido colocada em 1º lugar por 19.6% e em 2º lugar por 27.5%. *Recolher informação (fazer historia clinica)* foi considerada por 40.6% dos inquiridos a terceira competência de

comunicação mais relevante. À competência *compreender a perspectiva do utente sobre o seu problema / doença* foi atribuído o 4º lugar por 29.7% dos inquiridos e 29.7% atribuem-lhe o 2º lugar de relevância. *Partilhar e discutir informações clínicas com utente* é considerada por 39.9% dos enfermeiros a 5ª competência mais relevante. Dos inquiridos, 44.9% consideram *negociar com o utente um acordo sobre os seus problemas/diagnósticos e plano terapêutico* a 6ª competência mais relevante. Constatamos ainda que 119, (86.2%) dos enfermeiros considera *fechar a entrevista/consulta* a competência de comunicação menos relevante.

A existência na instituição, de um departamento responsável pela implementação de uma política da qualidade nos cuidados de saúde é do conhecimento de 97.1% dos enfermeiros inquiridos.

Os enfermeiros até aos 30 anos, apresentam uma melhor cultura de segurança em relação ao trabalho em equipa, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional - melhoria contínua, perceções gerais sobre a segurança do doente, dotação profissional, transições e resposta ao erro. No que diz respeito às subescalas de expectativa do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, comunicação e feedback acerca do erro, abertura de comunicação, frequência de notificação, trabalho entre unidades e dotação de profissionais, os enfermeiros com idade > 30 anos apresentam uma melhor cultura de segurança.

A maioria dos enfermeiros (51.4%) notificaram algum tipo de evento no último ano. Desses 41 (29.7%) notificaram 1 a 2 eventos e 30 (21.7%) notificaram 3 ou mais eventos. Não fizeram nenhuma notificação de eventos adversos nos últimos 12 meses 48.6% dos inquiridos.

Concluimos que todas as variáveis manifestadas registam valores significativos e positivos com exceção da *recolha de informação* (fator 3) com a *comunicação e feedback acerca do erro* ($r=-0.24$) e dos *anos de experiencia profissional com a resposta ao erro não punitiva* ($r=-0.14$). Aferimos que a dimensão *permite terminar o diálogo* apresenta maior peso preditivo em relação à cultura de segurança nas dimensões *frequência de notificação de eventos, comunicação e feedback acerca do erro e aprendizagem organizacional – melhoria contínua*. Aferimos que quanto maior os anos de experiencia profissional menor a resposta ao erro.

Os resultados acerca da cultura de segurança indicam que nenhuma dimensão atingiu a percentagem de respostas positivas necessárias para ser considerada como um ponto forte (muito bom nível) na cultura de segurança. Identificamos seis dimensões, “Perceções gerais sobre a segurança do doente”; “Abertura à comunicação”; “Frequência da notificação de eventos”; “Trabalho entre as unidades”; “Dotação de Profissionais”; “Resposta ao erro não punitiva” com percentagem de respostas positivas inferiores a 50%, constituindo pontos críticos com carência de uma intervenção prioritária. A percentagem de respostas positivas das remanescentes dimensões situa-se entre os 50,2% e 66%, sendo consideradas “aceitáveis”, contudo a necessitar de melhoria (cf. Gráfico 1).



Gráfico 1 - Respostas positivas por dimensão (%)

A regressão multivariada dos resultados da Escala de Competências de Comunicação Clínica com os da escala de cultura de segurança em doentes hospitalizados e após a análise inferencial registamos que todas as variáveis manifestadas (Anos experiencia profissional, recolhe informação, partilha Informação e permite terminar o diálogo) registam valores significativos. Aferimos que a dimensão *permite terminar o diálogo* apresentando maior peso preditivo em relação à cultura de segurança no que diz respeito a frequência de notificação, comunicação e feedback acerca erro e aprendizagem organizacional – melhoria contínua (Cf. figura 1). Quanto maior o número de anos de experiencia profissional menor a resposta ao erro não punitiva.

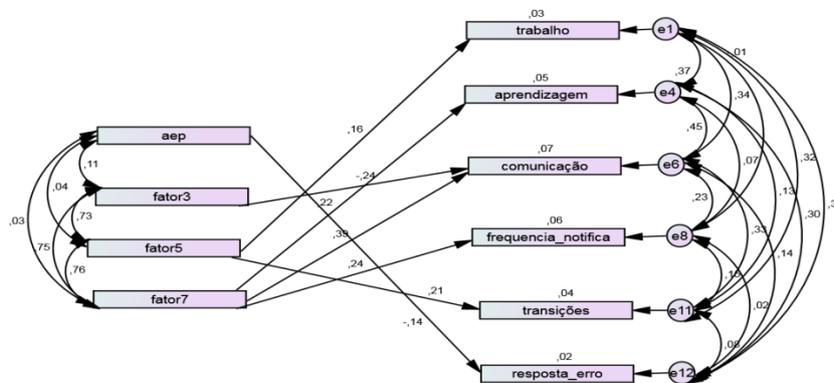


Figura 1 - Regressão múltipla multivariada das Competências de Comunicação Clínica com a cultura de segurança do doente

4. DISCUSSÃO

A evidência remete-nos para a inevitabilidade da implementação de uma *Cultura de Segurança*, que reflete o comprometimento dos profissionais de uma organização com a promoção contínua de um ambiente terapêutico seguro e que terá como consequência desejável, e esperada, a mudança de comportamentos influenciando, desta forma, os resultados, ou seja, a garantia de cuidados seguros ao cidadão (Reis, 2014).

Os resultados obtidos revelam que a maioria dos enfermeiros do nosso estudo (51.4%) notificaram algum tipo de evento no último ano. Desses, 29.7% notificaram 1 a 2 eventos e 21.7% notificaram 3 ou mais eventos. Os restantes 48,6%, quase metade da população em estudo, não fizeram nenhuma notificação, resultado que, apoiado no suporte teórico a que acedemos se revela preocupante.

Outros estudos realizados neste âmbito apresentam resultados inferiores aos nossos. No estudo realizado por Garcia (2015) a maioria dos enfermeiros (95,6%) não fez nenhuma notificação de evento, Costa (2014), inferiu que 77.9% dos inquiridos não relataram qualquer evento/ocorrência. Também o estudo de Eiras et al. (2011), revela que a maioria dos participantes, (73%), não notificaram quaisquer eventos/ocorrências. Estes resultados demonstram que a subnotificação é uma realidade em muitos hospitais representando por isso uma área de intervenção prioritária, uma vez que, num sistema de saúde que se deseja centrado no doente a notificação de incidentes é imprescindível, corroborando a noção de que em Portugal se desconhece a verdadeira dimensão desta problemática e das consequências que advêm da cultura de subnotificação (Costa 2014). Antunes (2015) refere que 62,0% dos incidentes / eventos adversos não são notificados, apesar de o nosso estudo apresentar uma taxa de notificação de 51.4% existe uma grande margem de melhoria.

A *Cultura de Segurança* deve ser um elemento integrante e indissociável dos programas de qualidade, (Pimenta, 2013). Deve ser veiculada por uma comunicação aberta, trabalho em equipa, reconhecimento de dependência mútua, aprendizagem contínua, assegurando-se, por esta via a primazia da segurança em todos os níveis da organização (WHO, 2009 cit. in Reis, 2014). A avaliação das fragilidades permite a definição de estratégias que veiculem uniformidade na aquisição dos valores de segurança, promovendo a partilha como fundamento da prevenção de eventos adversos e da cultura de não infabilidade (cultura de reportar eventos, cultura de aprender com as trajetórias de erro, cultura de responsabilização sem culpa) (Costa, 2014).

No âmbito da avaliação da percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança dos doentes hospitalizados tendo como referencial a proposta de Eiras et al. (2011), que consideram bons resultados quando se observam valores médios de respostas positivas iguais ou superiores a 75% e como oportunidades de melhoria quando se observam valores inferiores a 50%, no nosso estudo nenhuma das dimensões atingiu os valores necessários para que a cultura de segurança possa ser considerada um ponto forte.

Os erros são muitas vezes, consequências e não causas. Se errar é condição humana, reconhecer o erro e adquirir competências para o prevenir é exigência chave para o desenvolvimento pessoal e profissional (Santos, 2010).

CONCLUSÕES

A Segurança do Doente na dimensão *ocorrência de eventos adversos* tem assumido uma crescente preocupação para as organizações de saúde dada a sua implicação na qualidade de cuidados e na satisfação do utente, sendo considerado por diversos autores como um problema de saúde pública o qual deve ter por parte das organizações de saúde em geral, e dos profissionais em particular, preocupação acrescida com a implementação de medidas que visem a prevenção e diminuição de acontecimentos indesejáveis decorrentes da prestação de cuidados de saúde.

Os resultados apontam para a importância da formação sobre os sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, reforçando a perspetiva “positiva” da notificação, realçando a ideia de que se aprende com o erro. A aprendizagem com as situações nefastas

permite compreendê-las, preveni-las e transformá-las em oportunidades de mudança para melhores práticas, afastando a perspetiva de punidade.

Realça-se a importância de os profissionais de saúde, e especificamente os enfermeiros, assumirem a notificação de eventos adversos como uma ferramenta útil para a prestação de cuidados e capaz diminuir a sua taxa de ocorrência. Realçamos ainda a importância da formação contínua como sendo a única forma de acompanhar a evolução do conhecimento nesta área, garantindo práticas seguras, com garantia de qualidade dos cuidados prestados.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS e (UICISA:E)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, N. S. (2015). *Notificação de incidentes e segurança do doente: Perceção dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado, Instituto politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde)
- Babiker, A., El Hussein, M. E., Nemri, A. A., Frayh, A. A., Juryyan, N. A., Faki, M. O., Assiri, A., Saadi, M. A., Shaikh, F., & Zamil, F. A. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese Journal Of Paediatrics*, 14(2) 9-16.
- Costa, M. F. S. P. (2014). *Cultura De Segurança Do Doente Num Hospital Da Região Centro, Percepção Dos Profissionais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra
- Eiras, M. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: Investigação ação numa unidade de radioterapia* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa).
- Ferreira, M., Silva, D., & Duarte, J., (2016). Estudo psicométrico da escala de competências de comunicação clínica (ECCC). *Millenium*, 2(ed espec nº1), 287-299.
- Fragata J., Sousa P., & Santos R. S. (2014). Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In Sousa, P., Mendes, W., (Eds.), *Segurança do paciente, criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Garcia, C. (2015). *Cultura de segurança na criança hospitalizada num centro hospitalar da zona Centro - percepção dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Kohn, L. T., Corrigan, J., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. (L. T. Kohn, J. Corrigan, & M. S. Donaldson, Eds.). Washington DC: National Academies Press, Institute of Medicine. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Mendes, C., & Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197-205. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
- Nogueira, J. W. S., & Rodrigues, M. C. S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: Desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* 20(3):636-640
- OMS. (2008). World alliance for patient safety: Forward programme 2008 – 2009. 1st ed Consultado <http://www.who.int/iris/handle/10665/70460>
- Pereira, N. G. G. (2008). *Comunicação de enfermeiro/utente num serviço de urgência* (Dissertação de mestrado, Universidade Aberta de Lisboa).
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda
- Pimenta L. C. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa; Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.21/2929>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2015, A). Norma nº 025/2013 atualizada a 19/11/2015: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0252013-de-24122013.aspx>
- Reis, C. T. (2014). Cultura em segurança do paciente. In Mendes, P. S. W. (Eds.), *Segurança do Paciente criando Organizações de Saúde Seguras* (1ªed., pp 75-99). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: Problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(vol. temático 10), 47-57. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.21/3120>
- World Health Organization (2007a). Patient safety: The nine patient safety solutions. Acedido em: http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/