

Millenium, 2(ed espec. nº5), 201-207.

pt

**A FAMÍLIA E A SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO: PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA**  
**IMPLICATIONS OF FAMILY PRESENCE FOR INPATIENT SAFETY: SYSTEMATIC REVIEW PROTOCOL**  
**FAMILIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: PROTOCOLO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA**

*Tânia Sofia Correia*<sup>1,2</sup>  
*Maria Manuela Martins*<sup>3</sup>  
*Fernando Barroso*<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Grupo de Investigação NursID – Cintesis, Porto, Portugal

<sup>2</sup>Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto, Grupo de Investigação NursID – Cintesis, Porto, Portugal

<sup>4</sup>Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Tânia Correia - tsp.correia@gmail.com | Maria Manuela Martins - mmartins1956@gmail.com | Fernando Barroso - faustobarroso@gmail.com



**Autor Correspondente**

*Tânia Sofia Pereira Correia*  
Rua Principal nº 68, Carregosa  
3840-301 Ouca Vagos - Portugal  
tsp.correia@gmail.com

RECEBIDO: 02 de dezembro de 2019

ACEITE: 17 de março de 2020

## RESUMO

**Introdução:** Os dados atuais sobre segurança em cuidados de saúde continuam a ser preocupantes pelo que o tema tem sido estudado e avaliado sobre várias vertentes e em diversos domínios. Entre as recomendações para a melhoria da segurança, surge a centralização dos cuidados de saúde no cliente e consequentemente a necessidade de um maior envolvimento do próprio e da família neste processo. É neste âmbito que a Enfermagem poderá desempenhar um papel preponderante. Há teóricos de enfermagem que reconhecem a importância da família e da parceria de cuidados. Contudo, a aceitabilidade e as perceções que os enfermeiros têm desta estratégia são, em alguns estudos, contraditórias e colocam-se questões sobre a segurança do cliente.

**Objetivos:** Analisar a melhor evidência disponível sobre as implicações da presença da família na segurança do cliente internado

**Métodos:** Propõe-se a realização de uma revisão sistemática de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas de prevalência e incidência. A estratégia de busca deve ser adaptada a cada banco de dados proposto neste protocolo. A seleção dos estudos atenderá aos critérios de inclusão e exclusão definidos bem como à qualidade metodológica dos mesmos.

**Conclusões:** A partir da análise crítica dos dados obtidos, pretende-se contribuir com conhecimento e argumentos sobre o envolvimento familiar no processo prestação de cuidados hospitalares no âmbito da segurança do doente.

**Palavras-chave:** revisão sistemática; segurança do paciente; cuidados de enfermagem; família; hospitalização

## ABSTRACT

**Introduction:** Current data on health care security remains a concern, so the topic has been studied and evaluated across a range of domains. Among the recommendations for improving safety, there is the centralization of healthcare in the client and consequently the need for greater involvement of the family and the family in this process. It is within this scope that Nursing can play a preponderant role. There are nursing theorists who recognize the importance of family and care partnership. However, the acceptability and perceptions nurses have of this strategy are, in some studies, contradictory.

**Objetives:** Identify, gather and analyze the best available evidence on the implications of family presence on inpatient safety

**Methods:** A systematic review according to the methodology of the Joanna Briggs Institute was proposed for systematic reviews of prevalence and incidence. A search strategy must be adapted to each data bank proposed by this protocol. A selection of two studies will attend to the inclusion and exclusion criteria defined as a methodological qualification two months.

**Conclusions:** From the critical analysis of the data obtained we intend to contribute to the knowledge and arguments for the theme of family involvement in the provision of hospital care in the context of client safety.

**Keywords:** Systematic Review; Patient Safety; Nursing Care; Family; Hospitalization

## RESUMEN

**Introducción:** Los datos actuales sobre seguridad en cuidados de salud continuos a ser preocupantes pelo que o tema tem sido estudado y avaliado sobre várias vertebrales y diversos dominios. Entre las recomendaciones para una melodía de seguridad, surja una centralización de cuidados de salud para ningún cliente y, por consiguiente, una necesidad de una mayor participación del próprio y de la familia en este proceso. É neste es un ambito que enferma el poder desempeñar un papel preponderante. Há teóricos de enfermagem que reconhecem a importância da família e da parceria de cuidados. Contudo, aceitabilidade e as perções que os enfermeiros têm desta estrategia são, em somes estudos, contraditórias and colocam-se questões over a segurança do customer.

**Objetivos:** Analizar una experiencia de disponibilidad disponible sobre las implicaciones de la presencia de la familia en la seguridad del cliente internacional

**Métodos:** propone una realización de una revisión sistemática de acorde con una metodología del Instituto Joanna Briggs para revisiones sistemáticas de prevalencia e incidencia. Una estrategia de búsqueda se puede adaptar a cada banco de datos propuesto para este protocolo. Una selección de estudios para atender a los críticos de inclusión y exclusión se debe a la calidad metodológica de dos meses.

**Conclusiones:** A partir de la crítica de los datos recibidos, pretende-se contribuir con el cumplimiento y los argumentos sobre la participación familiar sin el proceso de la prestación de los cuidados hospitalarios en el ámbito de la seguridad del paciente.

**Palabras Clave:** revisión sistemática; seguridad del paciente; atención de enfermería; familia; hospitalización

## INTRODUÇÃO

A publicação do relatório “To err is human: building a safer health care system” pelo Institute Of Medicine (IOM) em 2000 promoveu um maior enfoque no tema da segurança em saúde ao revelar o elevado número de mortes resultantes de erros clínicos considerados evitáveis, e nos problemas evidentes dos sistemas que têm como objetivo evitá-los (Institute of Medicine, 2000). Dado o impacto destes dados, em 2004, em resposta à Resolução 55.18 da Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a Aliança Mundial para a Segurança do Doente, renomeada como Segurança do Doente da OMS em 2009, para coordenar e acelerar os esforços globais a fim de melhorar a segurança (World Health Organization, 2013).

Ainda assim, os dados atuais disponíveis revelam que todos os anos há um número inaceitável de clientes que sofrem erros em saúde ou que morrem devido à insegurança e má qualidade dos cuidados de saúde.

De acordo com a OMS, 1 em cada 10 clientes é alvo de erros resultantes do processo de prestação de cuidados, dos quais, pelo menos 50% são considerados evitáveis (Jha et al., 2013; World Health Organization, 2017). Desses erros, 1/3 causam danos ligeiros a moderados e 5% causam danos graves (World Alliance For Patient Safety, 2008).

Estima-se que ocorram anualmente 134 milhões de eventos adversos devido a insegurança dos cuidados de saúde em hospitais de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, contribuindo para 2,6 milhões de mortes no mesmo período (The National Academies Press, 2018 cit. por World Health Organization, 2018). Estes erros representam biliões de euros de prejuízo aos sistemas de saúde em todo o mundo e 15% da atividade e do financiamento hospitalar são consumidos em consequência de complicações resultantes de erros nos cuidados de saúde (Slawomirski, Auraaen, & Klazinga, 2017).

A Segurança, de acordo com a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional para a Segurança do Doente, é definida como “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.” (Direção Geral da Saúde, 2011, p. 14).

A melhoria da qualidade e segurança dos cuidados é um foco comum para os gestores, profissionais de saúde, formuladores de políticas e utilizadores dos serviços de saúde (Schenk, Bryant, Van Son, & Odom-Maryon, 2018). Mas, apesar dos esforços contínuos para melhorar a segurança nos hospitais, os danos causados nos cuidados em contexto hospitalar persistem (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017; National Patient Safety Foundation, 2015; Schenk et al., 2018).

Entre as estratégias identificadas para promover a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde está a recomendação de centrar os cuidados no cliente e família e envolver o próprio e a família neste processo (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017; Institute of Medicine, 2001; World Health Organization, 2013).

Desta forma, “ao colocar no centro o cliente e a sua família, obriga a reinventar o sistema de saúde (e a própria lógica de investigação) numa perspetiva cada vez mais baseada em aspetos de cidadania e de ganhos em saúde.” (Sousa, Uva, & Serranheira, 2010, p. 94). Esta recomendação está alicerçada no facto de o cliente e a família serem os únicos que estão presentes continuamente em todo o processo de prestação de cuidados e na noção de que, quando envolvidos e capacitados, podem ser fundamentais para cuidados de saúde mais seguros (World Health Organization, 2013). São, por isso, fonte de informação indispensável sobre falhas do sistema de saúde (World Health Organization, 2013). Um exemplo de medidas tomadas neste sentido é a aplicação de políticas de visitas em instituições hospitalares mais abertas.

Em 2005 a OMS criou o programa Pacientes para Segurança do Paciente e a sua visão implica envolver, capacitar, encorajar e facilitar clientes e famílias para que construam e/ou participem do processo de prestação de cuidados de saúde, que criem parcerias com profissionais de saúde e formuladores de políticas no sentido de tornar os serviços de saúde mais seguros, mais integrados e centrado nas pessoas (World Health Organization, 2013).

Verifica-se então que, cada vez mais os clientes são incluídos, não apenas na identificação de eventos adversos, mas também na participação de investigações para identificar as causas dos problemas de segurança em saúde (Zhu et al., 2011). Além disso, os profissionais de saúde procuram estabelecer parcerias com clientes e familiares para melhorar a qualidade e a segurança (Institute for Patient and Family Centered Care, 2013; World Health Organization, 2013).

Quando os administradores de serviços de saúde, prestadores de cuidados, clientes e familiares trabalham em parceria, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde aumentam, os custos diminuem e a satisfação do profissional e do paciente aumenta (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017).

Contudo, alguns profissionais vêem a presença de famílias e visitas como um obstáculo à prestação de cuidados, um motivo para temer o aumento das cargas de trabalho e um risco para a segurança do cliente (Bélanger, Bussières, Rainville, Coulombe, & Desmartis, 2017; Correia, 2017).

Apesar do aumento de satisfação dos utentes perante estas medidas, do suporte teórico desenvolvido nesse sentido e das orientações institucionais, constata-se que a prestação de cuidados de enfermagem ainda está centrada no cliente e baseada no modelo biomédico e que a família não é vista como alvo de cuidados (Martins et al., 2010; Oliveira et al., 2011; Schenk et al., 2018).

Em suma verifica-se que subsistem algumas opiniões antagónicas por parte dos enfermeiros quanto ao valor dado ao envolvimento da família nos cuidados prestados o que se reflete na prática (Martins et al., 2010).

Neste âmbito, o envolvimento do cliente e da família e a sua relação com a redução de danos não é bem compreendida pelo que o objetivo deste trabalho é desenvolver uma revisão sistemática que permita conhecer a evidência existente sobre as implicações da presença da família na segurança do cliente internado.

## 1. MÉTODOS

A revisão sistemática de literatura tem como objetivo reunir a evidência existente respeitando pré-requisitos pré-determinados com o intuito de responder a uma questão de investigação específica (Donato & Donato, 2019; Oxman, Cook, & Guyatt, 1994). Envolve métodos sistemáticos e explícitos de modo a reunir estudos primários de boa qualidade, garantindo assim um elevado nível de evidência que fundamente conclusões e decisões (Donato & Donato, 2019; Oxman et al., 1994).

No sentido de garantir o rigor e a reprodutibilidade que caracteriza este tipo de investigação, os métodos de pesquisa, seleção e análise são definidos previamente de forma clara. Primeiramente deve-se estabelecer a questão de investigação bem como o objetivo da mesma, critérios de inclusão e exclusão, a metodologia de pesquisa, bases de dados a consultar, a metodologia de seleção dos estudos, de avaliação da qualidade dos mesmos e de extração dos dados. Para tal é vantajoso a produção de um protocolo de investigação que especifique estas determinações no garante da consistência, transparência e integridade da pesquisa, como é este caso (Donato & Donato, 2019).

No sentido de responder à questão de investigação: Quais as implicações da presença da família para a segurança do cliente internado?, propõem-se desenvolver revisão sistemática de literatura seguirá o esquema de referência (Fig.1) recomendado pelo Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas de prevalência e incidência (Aromataris, Munn, & Joanna Briggs Institute, 2017) e este protocolo está registado na JBI e tem processo de registo na International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) iniciado.

### 1.1 Critérios de inclusão e exclusão

A presente revisão sistemática irá considerar estudos em que os participantes tenham idade superior a 18 anos e hospitalizados. Serão, portanto, excluídos estudos realizados no âmbito da pediatria e obstetrícia.

Serão considerados estudos que avaliem o impacto da presença da família na segurança do doente hospitalizado, pela ocorrência de eventos adversos ou quase-eventos, neste sentido, a intervenção será no âmbito da otimização da presença da família neste contexto.

A corrente revisão sistemática irá considerar estudos que comparem a presença da família ou intervenções que otimizem esta presença com ausência da mesma ou intervenções que restrinjam essa presença, relativamente às suas implicações na segurança do doente hospitalizado. Neste sentido, os possíveis *outcomes* de interesse incluem todos os indicadores relevantes para a segurança do doente: infeções associadas aos cuidados de saúde, quedas, úlceras de pressão, erros de identificação, erros de medicação, erros cirúrgicos, frequência de notificação de eventos adversos ou quase eventos.

Serão incluídos os estudos quantitativos observacionais, analíticos e descritivos, publicados dos últimos 10 anos, portanto desde 2009 inclusive até ao presente, cujo idioma seja o inglês, português, espanhol, francês, alemão e italiano.

### 1.2 Estratégia de pesquisa

Na estratégia de pesquisa os termos a serem utilizados de acordo com o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) são: Patient Safety, Nursing Care, Family e Hospitalization. Neste caso a frase de pesquisa poderá ser: (Patient Safety) AND (“Nursing Care”) AND (Famil\*) AND (Hospit\*)

Por sua vez nas bases de dados que utilizem Medical Subject Headings (MeSH), os termos a utilizar serão: Patient Safety, Family, Family Centered Nursing e Hospitalization. Poder-se-á recorrer a termos livres como *family centered care*.

As bases de dados para a pesquisa incluem: MEDLINE, Web of Science, CINAHL e Scopus. A pesquisa de documentos que não estão disponíveis nas vias habituais de publicação, conhecida por literatura cinzenta, concretizar-se-á na Open Grey, Grey Literature Report e Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP).

Seguidamente à pesquisa, todas as citações identificadas serão carregadas para o software de gestão de referências EndNote X9 e os duplicados removidos. Os títulos, resumos e palavras-chave serão verificados no sentido de excluir aqueles que não respeitam os critérios de inclusão nesta revisão. Na operacionalização desta etapa recorrer-se-á a dois revisores para minimizar o viés e garantir que não são excluídos trabalhos relevantes. O terceiro revisor poderá ser consultado em situação de dúvidas ou discordâncias. Posteriormente procede-se à avaliação dos textos completos.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados será realizada, mais uma vez, por dois revisores e com recurso às ferramentas recomendadas pelo JBI (Aromataris et al., 2017) na avaliação da confiabilidade, relevância e resultados dos artigos publicados. Irão utilizar-se os instrumentos padronizados de avaliação crítica da JBI dependendo do desenho do estudo: Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies, Critical Appraisal Checklist for Case Control Studies, Critical appraisal checklist for analytical cross-sectional studies, Critical Appraisal Checklist for Case Series ou Critical appraisal checklist for case reports. Estabelece-se 4 (quatro) como pontuação de corte para cada lista de verificação da JBI, a pontuação de 4 (quatro) a 6 (seis) considera-se qualidade

moderada e superior a 7 (sete) indica alta qualidade. Serão excluídos os estudos com baixa qualidade metodológica. Tal como descrito anteriormente, em situações de divergência ou dúvida deverá consultar-se o terceiro revisor.

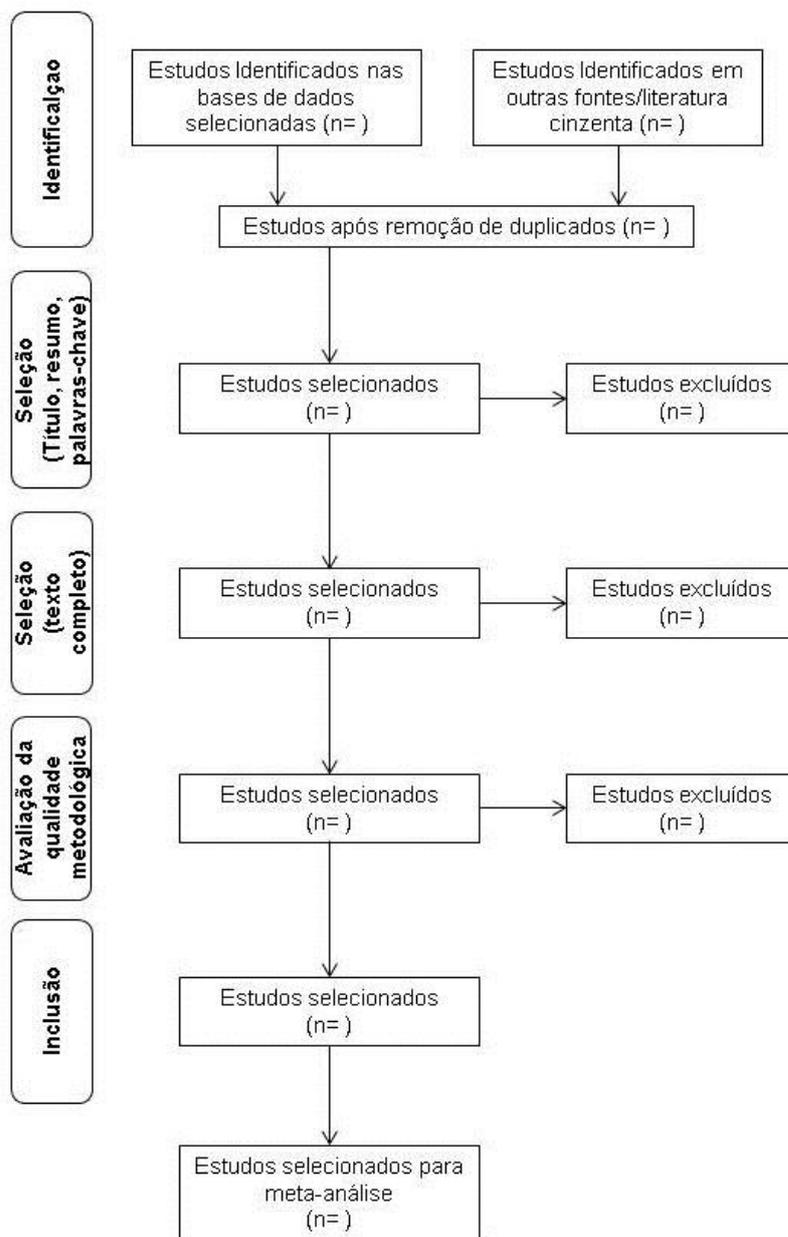


Figura 1 - Diagrama de fluxo em branco da metodologia desta revisão sistemática baseada nas recomendações do JBI (Aromataris et al., 2017).

### 1.3 Extração e análise dos dados

Na fase de extração de dados, inicialmente irá fazer-se a avaliação descritiva de cada estudo com recurso ao instrumento de extração recomendado pelo JBI (Aromataris et al., 2017). Irá ser incluída informação como população, metodologia do estudo e resultantes relevantes para o foco de investigação desta revisão. Mais uma vez, será feita por dois revisores independentes e as divergências discutidas com o terceiro revisor.

Os dados serão apresentados em formato textual e com recurso a tabelas. Se reunidas as condições necessárias, deverá realizar-se uma meta-análise que consiste em aplicar métodos estatísticos para trabalhar em conjunto e resumir os dados de dois ou mais estudos e, desta forma, encontrar estimativas mais rigorosas e abrangentes do que as apresentadas por cada estudo individualmente (Donato & Donato, 2019). Tal será feito, mais uma vez, com recurso a ferramentas disponibilizadas pelo JBI.

## CONCLUSÕES

Considerando as questões de segurança do cliente que se colocam atualmente, bem como as recomendações para a humanização dos cuidados, centralidade dos mesmos no utente e família e envolvimento da última neste processo, importa compreender, do ponto de vista da segurança, as implicações da presença da família no contexto hospitalar.

Neste sentido, com este protocolo pretendemos reunir as condições para dar início à pesquisa de revisão no sentido de conhecer a evidência atual sobre quais as implicações da presença da família para a segurança do doente internado.

Resultante desta revisão sistemática acreditamos poder vir a contribuir para o conhecimento e argumentos para o tema do envolvimento da família na prestação de cuidados hospitalares no âmbito da segurança do cliente bem como potenciais orientações para investigações futuras.

Compreender qual o impacto da presença da família na segurança do doente internado tem o potencial de influenciar intervenções de envolvimento e inclusão da família no âmbito dos cuidados de saúde hospitalares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E., Munn, Z. E., & Joanna Briggs Institute. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. 4th Edition Acedido em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Bélanger, L., Bussières, S., Rainville, F., Coulombe, M., & Desmartis, M. (2017). Hospital visiting policies – impacts on patients, families and staff: A review of the literature to inform decision making. *Journal of Hospital Administration*, 6(6). DOI:10.5430/jha.v6n6p51
- Correia, T. S. P. (2017). *Segurança em Serviços de Saúde: Processos de Gestão*. (Mestrado), Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Acedido em Lisboa: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for Undertaking a Systematic Review. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227-235. DOI:10.20344/amp.11923
- Institute for Patient and Family Centered Care (2013). *Partnering with Patients and Families to enhance safety and Quality*. Bethesda, Maryland, Estados Unidos da América: Institute for Patient- and Family-Centered Care
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals- How to Get Started*. Bethesda, Maryland, Estados Unidos da América: Institute for Patient- and Family-Centered Care
- Institute of Medicine (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Acedido em Washington, D.C.: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf\\_NBK225182.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf)
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: a new health care system for the 21 st century*. Acedido em Washington, DC.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22274/>
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., & Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *British Medical Journal Quality & Safety*, 22(10), 809-815. DOI:10.1136/bmjqs-2012-001748
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri Figueiredo, M. C., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., . & Carvalho, J. C. (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família (Ed.), *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 20-33). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- National Patient Safety Foundation.(2015). *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement - Fifteen Years after To Err Is Human*. Acedido em Boston, Estados Unidos da América: <https://www.aig.com/content/dam/aig/america-canada/us/documents/brochure/free-from-harm-final-report.pdf>
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., .& Martins, M. M. F. P. d. S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo*, 45, 1331-1337.

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind*. Acedido em Paris, França: <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>
- Oxman, A., Cook, D., & Guyatt, G. (1994). Users' Guides to the Medical Literature: VI. How to Use an Overview JAMA The Journal of the American Medical Association, 272.
- Schenk, E. C., Bryant, R. A., Van Son, C. R., & Odom-Maryon, T. (2018). Perspectives on Patient and Family Engagement With Reduction in Harm: The Forgotten Voice. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 73-79.  
DOI:10.1097/NCQ.0000000000000333
- Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. (2017). *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Acedido em Paris, França: <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 89-95.
- World Alliance For Patient Safety (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Acedido em Genebra, Suíça: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>
- World Health Organization (2013). *Patients for Patient Safety: Partnerships for Safer Health Care*. Acedido em Genebra, Suíça: [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/en/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/)
- World Health Organization (2017). *Patient Safety: Making health care safer*. Acedido em Genebra, Suíça: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf;jsessionid=C5DC72D62B425787E7D5C4ED17E20B55?sequence=1>
- World Health Organization (2018). *Patient safety: Global action on patient safety*. Acedido em Genebra, Suíça: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB144/B144\\_29-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-en.pdf)
- Zhu, J., Stuver, S. O., Epstein, A. M., Schneider, E. C., Weissman, J. S., & Weingart, S. N. (2011). Can We Rely on Patients' Reports of Adverse Events? *Medical Care*, 49, 948-955. doi:10.1097/MLR.0b013e31822047a8