

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Cuidados de saúde primários mais seguros: Perspetivas dos Profissionais dos CSP da Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas

Maria de Fátima Simões Franco

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:

Professor Doutor Francisco Guilherme Serranito Nunes, Professor Associado (com agregação)

ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025



Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Cuidados de saúde primários mais seguros: Perspetivas dos Profissionais dos CSP da Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas

Maria de Fátima Simões Franco

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientador:

Professor Doutor Francisco Guilherme Serranito Nunes, Professor Associado (com Agregação)

ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025

*Ao meu filho João,
A minha razão de ser,
que me ajuda a lembrar todos os dias do que realmente importa.
Por ti, quero ser sempre melhor.*

Agradecimento

À Catarina, Ana M. e Sara, companheiras de viagem, pelo apoio constante.

Aos meus colegas, em especial ao L., ao B., à R. e I., pelos conselhos, pela ajuda nas horas difíceis, por estarem sempre lá.

À V. e B. por me lembrarem o quanto gosto de ensinar, por todos os momentos de riso e por tornarem este ano muito mais leve – espero ser um bom exemplo.

À minha família, por todo o apoio incondicional, desde sempre.

Aos meus doentes, em especial ao A.M. que, sem saber, despertou em mim a paixão pela área da segurança do doente.

Ao meu Orientador, pela disponibilidade e ajuda ao longo deste trabalho.

Resumo

A segurança do doente é fundamental para a qualidade nas organizações de saúde e tem sido estudada nas últimas décadas, sobretudo em contexto hospitalar. Os cuidados de saúde primários (CSP) têm sido menos investigados e os estudos existentes são menos robustos, com metodologias variadas, que dificultam a generalização dos resultados. Em Portugal esta temática também tem sido pouco abordada, sobretudo desde a criação das Unidades Locais de Saúde. Este estudo qualitativo exploratório tem como objetivo conhecer as perceções dos profissionais dos CSP da Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas (ULSLOD) sobre segurança do doente. Para tal foram realizadas entrevistas semiestruturadas a 18 profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos), de três unidades da ULSLOD. Na análise temática emergiram temas como fatores organizacionais e cultura de segurança, condições de trabalho, processos assistenciais, comunicação e envolvimento do doente. Os três grupos profissionais apontaram a notificação, discussão dos incidentes em equipa, comunicação interprofissional e formação em segurança como aspetos fundamentais. Observaram-se algumas diferenças entre grupos profissionais. Os médicos destacaram a segurança da medicação e identificação inequívoca; os enfermeiros, para além da identificação do doente, também destacaram as precauções básicas de controlo de infeção. Os assistentes técnicos apontaram também a comunicação com o doente. Este estudo permitiu aprofundar o conhecimento sobre segurança do doente nos CSP – incluindo a perspetiva dos assistentes técnicos, pouco estudada – e forneceu orientações para áreas de investigação e intervenções futuras.

Palavras-chave: segurança do doente; cuidados de saúde primários; cultura de segurança; comunicação; envolvimento do utente; notificação

Códigos JEL: I18; M14.

Abstract

Patient safety is fundamental to quality in healthcare organisations and has been studied over recent decades, mainly in hospital settings. Primary Health Care (PHC) has been less studied, and existing studies are less robust, employing varied methodologies that hinder the generalisation of findings. In Portugal, there are few PHC studies, particularly since the creation of Local Health Units (ULS). This exploratory qualitative study aims to understand the perceptions of PHC professionals at the Loures–Odivelas Local Health Unit (ULSLOD) regarding patient safety. Semi-structured interviews were conducted with 18 professionals — doctors, nurses and administrative staff — from three ULSLOD units. Thematic analysis identified themes such as organisational factors and safety culture, working conditions, care processes, communication and patient involvement. Across professional groups, team-based incident reporting and discussion, interprofessional communication and training in safety were highlighted as fundamental. Some differences between professional groups were observed. Doctors emphasised medication safety and unambiguous patient identification; nurses, in addition to patient identification, also highlighted basic infection-prevention precautions. Administrative staff highlighted communication with patients as a critical factor. This study enhances understanding of patient safety in PHC — including the under-researched perspective of administrative staff — and provides directions for future research and interventions.

Keywords: patient safety; primary care; safety culture; communication; patient involvement; incident reporting

JEL Codes: I18; M14.

Índice

CAPÍTULO 1	1
Introdução	1
CAPÍTULO 2	3
Revisão da Literatura	3
2.1. Segurança em organizações de saúde.....	3
2.2. Conceitos e definições em segurança em saúde.....	4
2.3. Cultura e clima de segurança das organizações de saúde.....	10
2.4. Gestão do erro em organizações de saúde	13
2.5. Cuidados de saúde primários em Portugal.....	14
2.6. Segurança em cuidados de saúde primários	16
CAPÍTULO 3	19
Método	19
CAPÍTULO 4	21
Resultados	21
4.1. Fatores organizacionais e cultura de segurança.....	22
4.2. Ambiente de trabalho e condições laborais.....	23
4.3. Processos assistenciais	24
4.4. Comunicação e envolvimento do utente	25
CAPÍTULO 5	27
Discussão	27
CAPÍTULO 6	33
Conclusões	33
Referências Bibliográficas	35

Índice de Anexos

Anexos	41
Anexo A- Termo de consentimento informado	43
Anexo B - Guião de apoio à entrevista	45
Anexo C - Parecer Comissão de ética do ISCTE	47
Anexo D - Autorização da direção clínica da ULSLOD.....	51
Anexo E - Nota Técnica sobre o software de análise qualitativa MAXQDA	53
Anexo F.- Resumos com segmentos codificados - Segurança CSP MAXQDA24.....	55

Índice de Figuras

Figura 4.1- Categorias da análise temática: temas de 2ª ordem e categorias agregadas	21
--	----

Índice de Quadros

Quadro 2.1- Conceitos e definições em Segurança em Saúde (World Health Organization, 2010)	5
Quadro 2.2 - Principais modelos conceptuais da segurança do doente.....	7
Quadro 2.3 - Diferenças entre a Abordagem HRA e EMT (Klamar <i>et al.</i> , 2024)	14

Lista de siglas e abreviaturas

CS – Cuidados de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EA – Evento adverso

EMT – Error management training

EPI – Equipamento de proteção individual

HRA – High reliability approach

IOM – Institute of Medicine

MGF – Medicina Geral e Familiar

NHS – National Health Service

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHC – Primary Health Care

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSLOD – Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

WONCA – World Organization of Family Doctors

CAPÍTULO 1

Introdução

A segurança do doente é um aspeto essencial para a qualidade das organizações de saúde. O tema tem sido alvo de inúmeros estudos nas últimas décadas, sobretudo desde a publicação, em 2000, do relatório *To Err is Human*, do Institute of Medicine (IOM), a maioria deles a ocorrer em contexto hospitalar. Em Cuidados de Saúde Primários (CSP), os vários estudos existentes usam metodologias muito diversas, o que dificulta a comparação e a generalização das suas conclusões (Lawati et al., 2018; Verbakel et al., 2014). Por exemplo, uma revisão sistemática de Panesar et al. (2016) indica uma variação na incidência de eventos de segurança entre menos de 1 até 24 por cada 100 consultas, conforme metodologia dos estudos utilizados (Panesar et al., 2016). Na área da medicação, considerada uma das mais críticas pelos estudos existentes, as revisões sistemáticas apontam erros a variar entre 2 e 94%, o que torna difícil avaliar a dimensão do problema (Assiri et al., 2018; Marchon & Mendes Junior, 2014).

Os CSP são, muitas vezes, considerados mais seguros do que o ambiente hospitalar, por lidarem com menos doentes em estado crítico e por serem menos tecnológicos (Ferreira & Mendes, 2014). No entanto, apresentam características próprias que podem contribuir para a existência de eventos adversos: lidam com doentes com multipatologia, com quadros clínicos muitas vezes inespecíficos, há uma maior incerteza diagnóstica, um maior número de intervenientes nos cuidados ao doente e uma impossibilidade de monitorização contínua (McLeod et al., 2012; Panesar et al., 2016; Ribas, 2010; World Health Organization, 2016e). Estes aspetos, aliados ao volume de doentes observados em CSP, fazem com que seja importante reforçar os estudos neste nível, para permitir detetar vulnerabilidades, dificuldades e áreas de melhoria.

Existe também uma carência de estudos que abordem perspetivas dos profissionais de áreas não clínicas, como os assistentes técnicos, que desempenham também um importante papel em aspetos que se relacionam com a segurança do doente (Pedrosa, 2017; Santos et al., 2022).

É neste enquadramento que surge este estudo, com o objetivo de compreender as perceções dos profissionais dos cuidados de saúde primários sobre a segurança do doente, tendo como contexto de estudo os CSP da Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas (ULSLOD). Para dar resposta a esta lacuna de conhecimento, formulou-se a seguinte pergunta de investigação: Qual é a perceção dos diferentes profissionais dos CSP da ULSLOD sobre a segurança do doente nos cuidados de saúde primários? Desta questão surgiu o objetivo geral: compreender em profundidade as perceções dos diferentes profissionais dos CSP da ULSLOD (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos) em relação à segurança do doente nos cuidados de saúde primários e conhecer pontos fortes, fragilidades e oportunidades de melhoria. Foram objetivos específicos deste estudo: explorar as perceções dos profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes técnicos) sobre os fatores que influenciam a segurança do doente nos CSP; conhecer semelhanças e diferenças nas perceções sobre segurança do doente entre os diferentes grupos profissionais; conhecer os aspetos da segurança do doente que os profissionais dos CSP consideram mais relevantes; conhecer os tipos de incidentes ou riscos mais observados pelos profissionais em CSP; identificar sugestões de melhoria propostas pelos diferentes grupos profissionais e compreender as barreiras e facilitadores para a melhoria do clima de segurança nestas unidades de saúde.

Para responder a estas questões, foi realizado um estudo qualitativo de carácter exploratório, com base em 18 entrevistas semiestruturadas a profissionais da ULSLOD.

Os resultados deste trabalho revelam que existe uma preocupação generalizada dos profissionais com a segurança do doente, nem sempre traduzida em práticas organizadas e consistentes no funcionamento das unidades. Temas como a notificação de incidentes e aprendizagem com o erro, as condições de trabalho, comunicação entre profissionais e o papel do doente foram apontados como fatores chave na segurança. No entanto, os dados obtidos parecem apontar para uma ausência de abordagem estruturada nos eventos adversos, o que revela uma necessidade de consolidar e uniformizar as práticas de segurança nas unidades.

Revisão da Literatura

2.1. Segurança em organizações de saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do doente é definida como a redução do risco de dano associado aos cuidados de saúde para um mínimo aceitável. Apesar do erro ser inerente a qualquer atividade humana, a segurança do doente é um imperativo ético e moral, baseado no princípio da não maleficência (World Health Organization & WHO Patient Safety, 2010). Os eventos adversos em saúde têm diversas implicações, desde a perda de confiança nos profissionais e nas organizações de saúde, a redução da possibilidade de atingir os resultados desejados e custos sociais e económicos: aumento de dias de internamento, redução da produtividade, sofrimento e desgaste emocional do doente e, em última instância, a morte (World Health Organization & WHO Patient Safety, 2010, Ferreira & Mendes, 2014).

Este tema ganhou um especial destaque com o relatório *To Err is Human*, do IOM, em 2000. Segundo este relatório, entre 44.000 e 98.000 pessoas morriam anualmente devido a erros médicos evitáveis nos hospitais norte-americanos, tornando os eventos adversos nas organizações de saúde um grave problema de saúde pública nos EUA. Estes erros incluíam erros de medicação, de diagnóstico, cirúrgicos, infeções associadas aos cuidados de saúde. O erro, mais do que responsabilidade exclusiva de um profissional isolado, era produto de sistemas de saúde fragmentados, com falta de coordenação entre profissionais, falta de padronização em processos e práticas clínicas e com uma cultura punitiva, com consequente subnotificação de eventos e diminuição da possibilidade de aprendizagem com o erro (Kohn et al., 2000). Desde então, estudos têm sido realizados em diversos países sobre a frequência e natureza de eventos adversos, sobretudo em doentes internados em hospitais. No Reino Unido, no relatório *An Organisation with a Memory*, estimou-se que 850.000 eventos adversos ocorriam nos hospitais do NHS (10% das admissões), com custos financeiros elevados: cerca de £2 mil milhões por ano devido a hospitalizações prolongadas, sendo sugerida a necessidade de uma abordagem sistémica, em vez de responsabilizar apenas o profissional envolvido. A cultura da organização tem influência na segurança, com uma cultura de aprendizagem a favorecer uma melhoria contínua e culturas punitivas a favorecerem a ocultação do erro, impedindo a aprendizagem da organização (Donaldson, 2000). Em 2004, um estudo realizado no Canadá, mostrou 7,5% de eventos adversos em internamento, sendo que 36,9% eram evitáveis. O tempo de internamento aumentou 1.521 dias na amostra em estudo, devido a estes eventos (Baker et al., 2004).

Em Portugal, o estudo realizado por Sousa et al. (2011) mostrou dados consistentes com os encontrados nos estudos internacionais: em 11,1% dos internamentos ocorreu, pelo menos, um evento adverso, 53,2% dos quais considerados evitáveis; 10,8% resultaram em óbito e 5,7% causaram dano permanente. Estes eventos prolongaram o internamento em média de 10,7 dias.

Numa revisão sistemática com meta-análise que englobou várias tipologias de cuidados de saúde, Panagioti et al. (2019) mostrou uma prevalência global de 6% de danos evitáveis, o que representou cerca de metade dos eventos adversos ocorridos. A prevalência de dano evitável foi superior em cuidados intensivos e cirúrgicos. Dos eventos adversos, 12% foram considerados graves ou fatais. Erros relacionados com a medicação (25%), gestão terapêutica não farmacológica (24%), cirurgias (23%), infeções associadas aos cuidados de saúde (16%) e falhas diagnósticas (16%) foram os tipos mais prevalentes. Em CSP, a prevalência global de danos evitáveis foi de 3%, mais frequentemente relacionada com atrasos ou erros de diagnóstico bem como erros de medicação. No entanto, o estudo salienta a falta de evidencia robusta sobre segurança neste nível de cuidados. (Panagioti et al., 2019).

A notificação de eventos adversos é considerada fundamental para a segurança do doente e a implementação de sistemas de notificação voluntária é recomendada pela OMS desde 2002, sendo recomendada a notificação quer de eventos adversos quer de quase-eventos (Kohn et al., 2000; World Health Assembly, 2002). Estes sistemas de notificação permitem estudar as causas dos incidentes e contribuir para uma aprendizagem com o erro e implementação de ações de melhoria. Permitem também a deteção de erros pouco comuns e a identificação de padrões sugestivos de problemas sistémicos na organização (World Health Assembly, 2002). O funcionamento dos sistemas de notificação é influenciado pelas atitudes de gestão e pela cultura e clima da organização. A sobrecarga de trabalho, o medo das consequências e a falta de efetividade dos sistemas de notificação são causas de subnotificação (Barach & Small, 2000; Shaw et al., 2005).

Em Portugal, a plataforma Notifica da Direção-Geral da Saúde (DGS) é usada para a notificação de incidentes em CSP. A notificação é anónima, podendo ser realizada quer por utentes quer por profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2022). Em 2023, foram registados no Notifica 4.087 incidentes (3.862 notificados por profissionais de saúde e 225 por utentes). As quedas, erros de medicação e falhas organizacionais foram os mais reportados pelos profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2023).

2.2. Conceitos e definições em segurança em saúde

Para abordar o tema da segurança em cuidados de saúde (CS), é importante definir alguns conceitos. A OMS, em 2010, desenvolveu um quadro concetual para a Classificação Internacional de Segurança do Doente, com o objetivo de uniformizar a terminologia utilizada nesta área (World Health

Organization & WHO Patient Safety, 2010). Os principais conceitos e suas definições estão apresentados no quadro 2.1. A uniformização da terminologia facilita a comparação de dados entre instituições e países e entre estudos ocorridos em diferentes contextos, permitindo identificar tendências e áreas prioritárias de intervenção (Mendes, 2019; World Health Organization & WHO Patient Safety, 2010).

Quadro 2.1- Conceitos e definições em Segurança em saúde (World Health Organization, 2010)

Conceito	Definição
Segurança do Doente	Redução do risco de dano desnecessário nos cuidados de saúde para um mínimo aceitável; refere-se a evitar, prevenir ou atenuar eventos adversos ou lesões decorrentes dos CS, garantindo que o dano potencial ou real ao doente seja minimizado.
Dano	Corresponde a qualquer prejuízo temporário ou permanente na estrutura ou função do corpo, incluindo efeitos físicos, emocionais ou psicológicos. Pode tratar-se de dano necessário, resultante de determinado tratamento, ou dano desnecessário.
Evento Adverso	Incidente com dano para o doente.
Incidente sem dano	Incidente que ocorreu e atingiu o doente, mas que não causou dano perceptível.
Quase incidente ou near-miss	Incidente que não chegou ao doente por sorte ou porque foi detetado e corrigido a tempo.
Erro	Falha em executar uma ação planeada como pretendido ou aplicação de um plano errado para alcançar um objetivo. É não intencional e diferente das violações, que são desvios deliberados a regras e protocolos estabelecidos, embora mesmo estas, raramente sejam cometidas com intenção maliciosa.
Risco	Probabilidade de ocorrência de um incidente num determinado contexto.
Fatores Contribuintes	São circunstâncias que desempenham um papel na gênese de um incidente ou aumentaram o seu risco – podem ser de natureza externa à organização, organizacionais, relacionados com equipas/profissionais de saúde ou relacionados com o doente.
Tipo de Incidente	Designa categoria de incidentes de natureza semelhante, agrupados por partilharem atributos ou causas. No quadro da OMS, foram definidos diversos tipos de incidentes como: falhas no processo clínico/assistencial, erros de medicação, infeções associadas a cuidados, problemas com dispositivos médicos/equipamentos, quedas e acidentes do doente, erros de documentação, questões de infraestrutura, problemas organizacionais/recursos, entre outros.
Resultados no Doente ou Outcomes	Impacto que um incidente causa no estado de saúde do doente. Por exemplo, prolongamento da hospitalização, danos permanentes, recuperação plena ou óbito são possíveis resultados de eventos adversos.

Adaptado de World Health Organization & WHO Patient Safety, 2010

Os eventos adversos em saúde raramente têm uma causa única. Lawton et al. (2012), através de uma revisão sistemática, identificaram mais de 1.600 fatores contribuintes para incidentes de segurança em contexto hospitalar. Os incidentes são multifatoriais, resultando da interação de falhas ativas (como lapsos, omissões ou desvios de protocolos) e fatores latentes distribuídos por diferentes níveis da organização — relacionados com o doente, fatores individuais e de equipa, cultura institucional e gestão organizacional (Lawton et al., 2012). Esta perspetiva multifatorial implica que, para prevenir eventos adversos, seja preciso identificar e intervir em vários fatores subjacentes, e não apenas corrigir o erro imediato (Sousa et al., 2023). São alguns desses fatores (Sousa et al., 2023):

- Fatores dos profissionais: englobam o desempenho humano e dinâmicas de equipa. Incluem falhas de comunicação entre profissionais, problemas de trabalho em equipa (ex.: ausência de supervisão ou apoio mútuo), cansaço, stress, burnout, falta de formação e lapsos de atenção. Estes fatores humanos podem levar a erros ativos, como uma omissão ou equívoco técnico, especialmente se combinados a um ambiente de trabalho adverso;
- Fatores relacionados com ambiente de trabalho: relacionados com aspetos físicos e organização, como falta de recursos humanos, trabalho excessivo, interrupções frequentes e recursos materiais insuficientes;
- Fatores organizacionais e sistémicos: abrangem o nível macro da instituição de saúde e do sistema como um todo: liderança e cultura, políticas e procedimentos institucionais, adequação de recursos e infraestruturas, integração de cuidados, fatores externos como políticas de saúde nacionais, financiamento e regulamentação;
- Fatores relacionados com doente: condições clínicas complexas (ex.: multimorbilidade), idade muito avançada ou muito jovem, limitações de comunicação e baixa literacia em saúde.

Segundo Vincent e Coulter (2002) uma abordagem centrada na segurança não estará completa sem incluir a perspetiva e participação dos doentes. Os doentes devem ser encarados como parceiros ativos na promoção da sua própria segurança, com contributos ao nível do diagnóstico, adesão ao tratamento, monitorização de efeitos adversos e deteção precoce de eventuais complicações. Para este envolvimento é necessária uma comunicação clara, acesso à informação e um ambiente de confiança mútua. Estes autores também realçam que, aquando da ocorrência de um evento adverso, a ausência de explicações, pedidos de desculpa e falta de apoio institucional acabam por ter um impacto psicológico severo no doente (Vincent & Coulter, 2002).

Existem vários modelos teóricos para análise de incidentes e compreensão dos vários fatores envolvidos. O quadro 1.2 apresenta alguns desses modelos e a sua comparação.

Quadro 2.2 - Principais modelos conceptuais da segurança do doente

Modelo	Foco principal	Componentes-chave	Limitações	Referência
Donabedian (modelo Estrutura-Processo-Resultado)	Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde em função de três domínios fundamentais – estrutura, processo e resultado – e das relações causais entre eles. Foco em avaliar e melhorar a qualidade assistencial global.	Estrutura: recursos e condições estáveis do sistema que possibilitam o cuidado; processo: o que é feito no cuidado – atividades, práticas clínicas e interações prestador-doente; resultado no doente.	Abordagem simplificadora das interações na qualidade: assume relações lineares e diretas. Definição relativamente estreita de “estrutura” (pode ignorar fatores como cultura ou clima de segurança)	(Donabedian, 1966)
Reason “Modelo Queijo Suíço”	Explicação de acidentes por falhas em múltiplas barreiras de defesa no sistema, destacando condições latentes no sistema e erros ativos humanos que se alinham para causar danos.	Múltiplas camadas de defesa (“fatias de queijo”); “buracos” em cada barreira representando falhas ou fragilidades (erros ativos e latentes). O Incidente ocorre quando os buracos em todas as camadas se alinham	Modelo estático; não captura bem a dinâmica e complexidade dos sistemas adaptativos modernos.	(Reason, 1990)
Vincent (quadro de fatores contribuintes)	Investigação sistémica de incidentes clínicos, centrada em identificar múltiplos fatores contribuintes para erros e eventos adversos em cuidados de saúde. Fornece um quadro abrangente da etiologia de falhas, indo além do erro individual para compreender as causas subjacentes no contexto clínico.	Fatores contribuintes em diversas categorias: características do doente; tarefa e tecnologia; indivíduo; equipa; ambiente de trabalho; organização e gestão e contexto institucional mais amplo. Essas categorias formam um quadro de análise para investigar onde ocorreu a falha e porquê.	Diagnóstico amplo das causas, mas não detalha como reformar sistemas proativamente; fatores latentes distais podem ser subestimados se a análise não for exaustiva.	(C. Vincent et al., 1998)

Rasmussen (modelo dinâmico de segurança)	<p>Conceito de segurança como gestão dinâmica: os sistemas operam dentro de um “envelope” de desempenho seguro e estão sujeitos a pressões constantes que os fazem ir em direção a situações de risco, quando não há controlo adequado. Incidentes resultam de ajustes graduais a múltiplas pressões que podem empurrar o sistema para além dos limites seguros.</p>	<p>Fronteiras de desempenho seguro: sistemas com vários limites a equilibrar: (1) limite de eficiência econômica; (2) limite de carga de trabalho aceitável; (3) limite de segurança/ desempenho funcional. O ponto operacional do sistema move-se dentro deste espaço, influenciado por forças que o empurram entre estas áreas. Incidentes causados por desvios para condições de alto risco sob essas pressões.</p>	<p>Abstração elevada – difícil de traduzir em ferramentas práticas; ferramenta teórica mais útil para gestores e investigadores. Exige recolha de dados de longo prazo e visão sistémica para identificar desvios. Como não foca causas imediatas, pode ser pouco útil para implementar correções rápidas.</p>	(Cook & Rasmussen, 2005)
SEIPS (2006)	<p>Enfatiza como a configuração do sistema sociotécnico de trabalho em saúde influencia os processos de cuidado e os resultados em segurança, qualidade e desempenho. Integra princípios de engenharia de fatores humanos na melhoria de sistemas de saúde.</p>	<p>Elementos do sistema: pessoas (profissionais, doentes); tarefas; tecnologias e ferramentas; ambiente físico e organização. Esses elementos interagem e afetam os processos de trabalho, os quais levam aos resultados (para o doente, para profissionais e organização).</p>	<p>Modelo descritivo, sem indicar diretamente quais elementos são prioritários.</p>	(Carayon et al., 2006)
Lawton Framework de fatores contribuintes	<p>Identifica fatores de risco para a segurança do doente com base em dados empíricos.</p>	<p>Hierarquia de 5 níveis: fatores externos, organizacionais, locais, individuais (profissionais) e do doente. Integra fatores sistémicos e comportamentais.</p>	<p>Baseado em ambiente hospitalar; pouca validação em CSP; não inclui explícita componente temporal ou adaptativa como SEIPS ou Rasmussen.</p>	(Lawton et al., 2012)

SEIPS (2013)	2.0	Evolução do SEIPS original incluindo natureza dinâmica dos cuidados e a participação ativa dos doentes.	Componentes-base idênticos ao SEIPS 1.0 com três componentes estendidos: Configuração – disposição dinâmica e hierárquica dos elementos do sistema num momento no tempo; Envolvimento – participação simultânea e colaboração entre vários intervenientes nas atividades de saúde/segurança; Adaptação – capacidade do sistema de evoluir e ajustar-se mediante feedback, mudanças planeadas e não planeadas.	É mais complexo – a inclusão de dimensões temporais e de envolvimento do doente torna a aplicação prática mais desafiante (exige recolha de dados longitudinais, observação dos fluxos de trabalho em tempo real, ...) A amplitude do modelo pode dificultar a priorização de intervenções.	(Holden et al., 2013)
SEIPS 3.0		Enfatiza o ciclo contínuo de cuidados e interações ao longo do tempo e em diferentes níveis (micro, meso e macro). Mantem destaque no papel do doente e também da comunidade	Integra três níveis: microsistema (ex: consulta), mesossistema (ex: unidade de saúde) e macrossistema (ex: sistema de saúde); inclui interação entre doente, profissionais e processos ao longo do tempo. Ênfase na cocriação de resultados.	Complexidade do modelo pode dificultar aplicação prática.	(Carayon et al., 2020)

Adaptado de (Carayon et al., 2006, 2020; Cook & Rasmussen, 2005; Donabedian, 1966; Holden et al., 2013; Lawton et al., 2012; Reason, 1990; C. Vincent et al., 1998)

Após a apresentação dos conceitos fundamentais de segurança do doente e alguns modelos para a análise de incidentes e fatores envolvidos, importa compreender o contexto organizacional e a influência da cultura e do clima de segurança da organização.

2.3. Cultura e clima de segurança das organizações de saúde

Clima e cultura organizacional são dois conceitos utilizados para explicar a forma como os elementos de uma equipa experienciam e descrevem o seu contexto de trabalho. São conceitos diferentes, embora intimamente relacionados. O clima organizacional é definido como as percepções partilhadas e significados atribuídos às políticas, práticas e procedimentos de uma organização (Schneider et al., 2013). É um conceito mais superficial, que pode ser visto como a manifestação visível e mensurável da cultura (Saraiva & Almeida, 2017; Schneider et al., 2013). A cultura organizacional é descrita como:

“Um padrão de pressupostos básicos partilhados, inventados, descobertos ou desenvolvidos por um determinado grupo à medida que aprende a lidar com os seus problemas de adaptação externa e integração interna, que funcionaram suficientemente bem para serem considerados válidos e, portanto, ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas”

(Schein, 1992, citado por Schneider, Ehrhart, & Macey, 2013, p. 362).

Existem várias definições conforme os diferentes autores, mas, no geral, considera-se a cultura como a estrutura de referência comum e partilhada pela maioria dos elementos de uma organização; dá um sentido de identidade à organização, tornando-a diferente de outras. É produto da história da própria instituição, estável e difícil de alterar, sendo transmitida a novos elementos pelo processo de socialização (Saraiva & Almeida, 2017). A cultura inclui não só as normas formais, como um conjunto de regras implícitas e fornece o enquadramento que permite interpretar o clima da organização (Saraiva & Almeida, 2017; Schneider et al., 2013). A introdução de mudanças em organizações implica conhecer e compreender ambos os conceitos. Mudanças mais imediatas podem ser conseguidas através de intervenção no clima da organização, mas a consolidação e sustentabilidade dessas mudanças dependem da intervenção na cultura (Cooper, 2000; Saraiva & Almeida, 2017; Schneider et al., 2013).

Estes conceitos podem ser transpostos para a área da segurança: a cultura de segurança é composta por pressupostos básicos partilhados, valores e normas que moldam a forma como os membros de uma organização pensam, sentem e agem relativamente à segurança. O clima de segurança é a percepção partilhada pelos membros da organização sobre o compromisso real com a segurança num determinado momento e o modo como as políticas são aplicadas no dia-a-dia (Cooper,

2000; Halligan & Zecevic, 2011). Cultura e clima são conceitos complexos que apresentam alguma sobreposição, o que dificulta o seu estudo (Alsalem et al., 2018).

A mudança organizacional estável na área da segurança, como em outras áreas, exige uma atuação na cultura da organização, o que só é possível com persistência e liderança consistente (Cooper, 2000; Halligan & Zecevic, 2011). Uma liderança proativa é essencial na criação de um ambiente de segurança, onde que os profissionais possam expressar as suas preocupações livremente, garantindo a implementação de práticas de qualidade e segurança (Edmondson, 1999, 2003; McFadden et al., 2015). Um estudo realizado por McFadden et al. (2015) mostrou que o clima de segurança psicológica está ligado ao estilo de liderança transformacional.

Organizações com uma cultura de segurança têm uma comunicação transparente, dão importância à segurança nos cuidados e implementam medidas preventivas e corretivas na ocorrência de incidentes (Ferreira & Mendes, 2014). A cultura de segurança engloba vários aspetos (Fragata, 2011):

- Não há um receio de punição por falhas sistémicas ou erros não intencionais;
- Há incentivo para notificar os incidentes e discutir abertamente riscos;
- A organização tem capacidade de aprender com os erros e de implementar mudanças;
- A segurança é a prioridade: a liderança e colaboradores deixam claro, em ações e decisões diárias, que a segurança do doente é o valor essencial, não negociável, mesmo sob pressões (por exemplo, de custos ou produtividade).

Uma abordagem não punitiva, como já referido, é um dos aspetos fundamentais da cultura de segurança e está associado a organizações de saúde mais resilientes, com cultura de notificação e cuidados mais seguros (Boysen, 2013). Este tipo de abordagem permite um equilíbrio entre a responsabilidade individual e a responsabilidade da própria organização por falhas sistémicas, promovendo um ambiente seguro, orientado para a notificação e aprendizagem contínua (Logroño et al., 2023; Murray et al., 2023). Segundo uma revisão de Murray et al 2023, para a implementação de uma cultura justa é necessário:

- Compromisso da liderança, com os líderes a promoverem a segurança, trabalho em equipa, comunicação eficaz e um feedback contínuo. A liderança funciona como um exemplo para a restante equipa, promovendo um ambiente de segurança psicológica onde é possível discutir erros;
- Educação e formação da equipa, com os profissionais a compreenderem a cultura de segurança, o seu papel na mesma e a importância da comunicação eficaz e da gestão de conflitos;

- Responsabilização partilhada: a organização responsabiliza-se pelas falhas do sistema enquanto que os profissionais que apresentam comportamentos de risco ao infringir, de forma deliberada, regras e procedimentos, devem ser responsabilizados;
- Comunicação aberta e transparente, fundamental na melhoria da aprendizagem organizacional.

A notificação é outro componente da cultura de segurança. A sua importância está bem documentada: a notificação sistemática dos incidentes é essencial na prevenção da recorrência de incidentes e na melhoria contínua da organização, ao permitir detetar erros sistemáticos e aumentar a consciência para os riscos (Kohn et al., 2000; World Health Organization, 2020). Em 2020, no relatório técnico Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems, a OMS define como sistema de notificação eficaz aquele que permite a recolha de dados de forma sistemática e voluntária, garante a confidencialidade, não tem carácter punitivo, analisa criticamente os dados com uma metodologia estruturada, dá feedback ao notificador e implementa ações corretivas e de melhoria contínua. Apesar da implementação de sistemas de notificação, a sua utilização ainda não é a desejável. Esta subnotificação ocorre quer pelo receio de consequências quer por os profissionais não perceberem determinados acontecimentos como passíveis de notificação (Fekadu et al., 2025; World Health Organization, 2020). Segundo Mitchell et al. (2016) são obstáculos ao bom funcionamento de um sistema de notificação: a fraca adesão dos profissionais; a ausência de tratamento eficaz das notificações, com as mesmas a não se traduzirem em ações visíveis por parte da organização; financiamento e apoio institucional limitado e falta de integração com tecnologias de informação em saúde (Mitchell et al., 2016). A simples recolha de dados não garante melhoria: os sistemas de notificação devem estar integrados numa cultura organizacional de segurança, contar com recursos adequados (humanos e tecnológicos) e ser prioridade por parte da liderança (World Health Organization, 2020).

Cultura flexível e de aprendizagem são dois componentes relacionados, que conferem capacidade às organizações de se adaptarem e melhorarem continuamente. Reason (1997) descreveu cultura flexível como a capacidade de uma organização de se adaptar perante situações de elevada exigência ou perigo. Numa cultura flexível existe resiliência organizacional: as equipas ajustam-se rapidamente a situações imprevistas e é dada prioridade à especialização, em lugar de uma hierarquia rígida, na tomada de decisões. A cultura flexível contribui para maior segurança em contextos dinâmicos, ao permitir uma gestão proativa dos riscos e maior envolvimento dos profissionais na gestão da segurança. A cultura de aprendizagem assegura uma capacidade de aprender com incidentes e implementar mudanças (Reason, 1997, 1998). A OMS defende que uma organização de saúde segura aprende, de forma contínua, com a sua própria experiência e com a de outras organizações. Essa aprendizagem contínua manifesta-se na atualização de protocolos, formação e modificações no

desenho dos sistemas de trabalho, sempre que se identificam oportunidades de melhoria ou riscos latentes (World Health Organization, 2020).

2.4. Gestão do erro em organizações de saúde

As organizações de saúde são organizações complexas: englobam profissionais especializados, de diferentes grupos profissionais e com tecnologia cada vez mais avançada. São ambientes em mudança constante, com necessidade de adaptação rápida a situações não previsíveis e onde eventos adversos podem ter consequências graves (Künzle et al., 2010). Pelas suas características podem ser consideradas High reliability organizations (HRO) (Fragata et al., 2014). Face a esta complexidade e ao potencial de falha, a gestão do erro é fundamental. O Error management training (EMT) e a High reliability approach (HRA) são duas estratégias possíveis na gestão de erro.

O EMT propõe uma dissociação entre os erros e consequências dos mesmos: se os incidentes forem bem geridos, os resultados adversos podem ser evitados. Aprender com erros e quase-incidentes (near misses) pode aumentar a segurança e melhorar a qualidade dos serviços. O objetivo principal não é prevenir os erros, mas minimizar as suas consequências negativas e maximizar os efeitos positivos, como a aprendizagem a longo prazo, o desempenho e a inovação. Os seus componentes principais incluem (Klamar et al., 2024):

- deteção rápida de erros, que facilita a gestão dos danos e diminuição das consequências;
- redução da carga emocional: os erros são expectáveis, sendo necessário gerir as emoções negativas;
- promoção de uma cultura de aprendizagem e reflexão ativa sobre os erros.

Na High reliability approach, o primeiro objetivo é prevenir a ocorrência de erros e assegurar uma rápida recuperação da organização caso ocorram. Existem 5 princípios que orientam a HRA (Klamar et al., 2024):

- Preocupação com a falha: encoraja a antecipação e notificação de erros e quase-incidentes;
- Resistência à simplificação: promove uma análise crítica, evitando assumir que tudo está sob controlo;
- Sensibilidade às operações: vigilância diária para detetar alterações.
- Compromisso com a resiliência: a organização está preparada para recuperar rapidamente de eventos inesperados.
- Deferência à experiência: valoriza a competência técnica sobre a hierarquia nas decisões.

As suas características e diferenças são apresentadas no quadro 2.3.

Quadro 2.3 - Diferenças entre a abordagem HRA e EMT (Klamar et al., 2024)

Questões Gerais	High reliability approach (HRA)	Error management training (EMT)
Evitabilidade dos erros	A HRA assume que erros podem ocorrer; no entanto, o objetivo é preveni-los ou minimizá-los	Os erros são inevitáveis mas permitem a aprendizagem.
Conceito superior	‘Resistência à simplificação’: sistemas redundantes, controlos e equilíbrios, com o objetivo de prevenir erros.	Uma vez ocorrido o erro, é importante estar aberto à aprendizagem e examinar o sistema.
Deteção de erros	‘Sensibilidade às operações’: preocupação em detetar erros no momento e impedir que se acumulem.	A deteção rápida de erros é importante para uma gestão eficaz dos mesmos
Gestão dos erros	‘Compromisso com a resiliência’: manter capacidades que permitam recuperar de eventos inesperados.	Aprender com os erros implica resiliência; desenvolver competências para lidar com erros.
Consulta a outros perante erros	‘Deferência à experiência’: a pessoa com mais conhecimento deve ser consultada e tomar decisões.	Comunicação aberta sobre erros – consultar outros independentemente da hierarquia.
Abordagem geral dos erros	Organização atenta e consciente leva a menos falhas.	Reduzir as consequências negativas dos erros e usá-los como oportunidade de reflexão.

Adaptado de (Klamar et al., 2024)

Tanto a HRA como a EMT têm aplicações nas organizações de saúde. A abordagem HRA permite uma intervenção proativa, voltando as organizações para a prevenção de erros críticos (Klamar et al., 2024) e tem mostrado um impacto positivo em algumas áreas da segurança em saúde, sobretudo nas áreas da identificação inequívoca do doente, redução das quedas, redução de erros clínicos e na segurança da medicação; no entanto a cultura rígida e demasiado hierárquica das organizações de saúde pode ser um obstáculo à sua implementação (Vogus et al., 2025).

O EMT tem sido utilizado, por exemplo, na formação e treino de profissionais, estimulando os formandos a realizarem tarefas complexas e a aprender com eventuais erros e permitindo o treino de gestão de situações críticas (King et al., 2013).

2.5. Cuidados de saúde primários em Portugal

O direito à proteção da saúde está consagrado na Constituição Portuguesa desde 1976. Em 1979 é criado, na Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), um “conjunto

organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde e que presta cuidados de saúde (nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) e serviços de saúde, instrumentais à prestação de cuidados de saúde” (República Portuguesa, 1979). Tem como objetivo garantir cuidados de saúde universais, tendencialmente gratuitos, a todos os cidadãos. Os CSP são, idealmente, o primeiro ponto de contacto do doente com o sistema de saúde e têm como missão prestar cuidados de saúde longitudinais, centrados na pessoa, englobando a promoção de saúde e prevenção de doenças, tratamento de situações agudas e crónicas, reabilitação e cuidados paliativos (Entidade Reguladora da Saúde, 2021; European Academy of Teachers in General Practice (Network within WONCA Europe), 2005).

Foram várias as mudanças e reestruturações nos CSP nas últimas décadas. Uma dessas reestruturações ocorreu em 2005-2006, com a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF), com o objetivo de aumentar a acessibilidade, eficiência e satisfação dos utentes e profissionais. Cada USF é formada voluntariamente por uma equipa multidisciplinar – composta por médicos de família, enfermeiros e assistentes técnicos – que assume em conjunto a responsabilidade por uma lista definida de utentes. São equipas com autonomia organizativa, técnica e funcional para gerir o seu trabalho e cumprir um plano de ação (República Portuguesa, 2023b). Cada grupo profissional desempenha funções próprias nas USF:

- O médico de família presta cuidados de forma longitudinal, independentemente da idade, nas várias fases do ciclo de vida, gerindo problemas agudos e crónicos, manutenção de saúde e prevenção da doença, com uma abordagem centrada na pessoa, tendo em conta a sua família e a comunidade na qual está inserida. Tem um papel fundamental na gestão e coordenação, articulando-se com profissionais de outros níveis de cuidados (European Academy of Teachers in General Practice (Network within WONCA Europe), 2005).
- Os enfermeiros dos CSP prestam cuidados às famílias nas diferentes fases do ciclo de vida (cuidados preventivos, curativos e de reabilitação). Participam também na gestão e implementação de programas como vacinação, saúde da mulher, saúde infantil e cuidados domiciliários, prestando assistência no domicílio a utentes em situações de dependência (Andrade & Neves, 2012).
- Os assistentes técnicos são responsáveis pelas funções administrativas das unidades de saúde. As suas tarefas incluem o atendimento e receção dos utentes, agendamento de consulta e de outros contactos com os restantes elementos; gestão de processos clínicos, arquivo e apoio logístico (Administração Central do Sistema de Saúde, 2022).

Dentro de cada USF existe um Coordenador, um dos elementos da equipa médica, que assegura a gestão operacional e a implementação do plano de ação da unidade. Os outros órgãos de gestão das

USF são o Conselho Técnico, constituído por um elemento representante de cada grupo profissional (médico, enfermeiro e assistente técnico) e o Conselho Geral, constituído por todos os elementos da USF, num modelo que tem como objetivo incentivar a gestão participativa e o trabalho em equipa. O Coordenador e Conselho Técnico são eleitos pelo Conselho Geral (Pisco, 2011). Para além das USF, em CSP existem Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). As UCSP têm uma estrutura semelhante às USF, a diferença reside principalmente na sua formação: as USF surgem após candidatura de uma equipa de profissionais, que se propõe a trabalhar em equipa com maior autonomia e um regime de avaliação de desempenho próprio, enquanto as UCSP são unidades criadas pela tutela, onde os profissionais são colocados pela administração de saúde e funcionam num modelo hierárquico mais convencional (Entidade Reguladora da Saúde, 2016).

Com o Decreto-Lei n.º 102/2023 os CSP e cuidados hospitalares foram integrados numa estrutura com gestão única - as Unidades Locais de Saúde (ULS). As ULS englobam um hospital, os serviços de saúde primários e a rede nacional de cuidados continuados integrados dessa região. Embora o modelo já existisse desde 1999 com a ULS de Matosinhos, em 2023 foi estendido ao resto do país (República Portuguesa, 2023a). Esta reorganização estrutural, que entrou em vigor em janeiro de 2024, tem como principal objetivo melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados. Uma das ULS criadas após esse decreto-lei foi a ULS Loures-Odivelas, constituída pelo Hospital de Loures, E.P.E e Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas, com exceção do Centro de Saúde de Sacavém (Entidade de Tutela e Financiamento da Saúde, 2024).

2.6. Segurança em cuidados de saúde primários

Existem menos estudos sobre segurança do doente em CSP comparativamente com os cuidados hospitalares e os existentes apresentam metodologias heterogéneas que dificultam a análise e generalização dos resultados (Hatoun et al., 2017; Oconnor et al., 2021; Verbakel et al., 2014). No entanto, os riscos particulares dos CSP e o facto da maioria das interações com os utentes ocorrer neste nível, torna importante a investigação nesta área (Organização Mundial da Saúde, 2008; Ribas, 2010). O menor destaque dado a este tema em CSP pode relacionar-se com algumas características próprias deste contexto, no que toca à segurança do doente. Os CSP têm um ambiente menos tecnológico, com menos doentes críticos (Ferreira & Mendes, 2014; Klemp et al., 2015). A prestação de cuidados é mais fragmentada, com um maior número de contactos; os doentes apresentam multipatologia e quadros inespecíficos com incerteza diagnóstica; há impossibilidade de monitorização contínua do doente, que acaba por ter um papel mais relevante no seu processo terapêutico, tornando-se difícil estabelecer uma relação causal entre um desfecho menos favorável e os cuidados de saúde (Ferreira & Mendes, 2014; Klemp et al., 2015; Ribas, 2010).

McLeod, Kingston-Riechers e Jonsson (2012) propuseram um modelo conceptual que reconhece a complexidade dos CSP e destaca a existência de múltiplas camadas de defesa contra eventos adversos: liderança organizacional, a gestão local, as condições da prática, o desempenho do profissional e o papel do próprio doente. A abordagem da segurança neste contexto requer uma abordagem integrada na qual o doente tem um papel central (McLeod et al., 2012).

Como mencionado acima, os estudos existentes usam metodologias muito heterogéneas e como tal, apontam para frequências muito variáveis de eventos adversos (entre <1 e 24 por cada 100 consultas), estimando-se que 4% estejam associados a erros graves (Panesar et al., 2016)

Os tipos de incidentes mais frequentes são erros de medicação (prescrição inadequada, administração errada, interações medicamentosas) (Assiri et al., 2018; Lawati et al., 2018; Marchon & Mendes Junior, 2014; World Health Organization, 2016d). Os principais fatores contribuintes para incidentes em cuidados ambulatoriais incluem: falhas na comunicação – tanto interprofissional (entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc.) quanto com os doentes; fatores de gestão/organizacionais – falta de recursos humanos com conseqüente sobrecarga dos profissionais, pressão de tempo nas consultas, estrutura inadequada de apoio diagnóstico e questões associadas ao próprio profissional como cansaço, distrações, formação insuficiente em determinadas áreas, que quando associadas a outros fatores originam incidentes (Makeham et al., 2008; Marchon & Mendes Junior, 2014; World Health Organization, 2016c, 2016b, 2016f, 2016a). Também os doentes com multipatologia, com maior complexidade clínica e interações mais frequentes com os cuidados de saúde, parecem ser mais suscetíveis a eventos adversos (Panagioti et al., 2015; World Health Organization, 2016e).

Os estudos em CSP são mais escassos e apresentam metodologias diversas com dados difíceis de comparar e analisar. Por outro lado, existem poucos estudos que incluam perspetivas de profissionais não clínicos, nomeadamente assistentes técnicos, que podem influenciar a segurança do doente (Pedrosa, 2017; Santos et al., 2022). De facto, estima-se que até 50% dos erros em cuidados de saúde primários tenham natureza administrativa (World Health Organization, 2016a), o que reforça a importância do trabalho destes profissionais nos resultados de segurança.

Para além da relevância teórica, o contexto atual dos CS, com a integração dos CSP em ULS, acarreta novos desafios organizacionais e de comunicação. Torna-se, assim, relevante estudar a segurança do doente no contexto específico da ULS Loures-Odivelas, de forma a compreender os desafios percecionados pelos profissionais neste modelo recém-implementado. A carência de estudos e heterogeneidade dos mesmos justifica um estudo qualitativo, de carácter exploratório.

Este estudo pretende conhecer o modo como é percecionada a segurança dos doentes pelos diferentes profissionais dos CSP da ULS Loures-Odivelas e tem como objetivos específicos:

- Conhecer os aspetos da segurança do doente que os profissionais dos CSP consideram mais relevantes;

- Conhecer semelhanças e diferenças nas percepções sobre segurança do doente entre médicos, enfermeiros e assistentes técnicos;
- Conhecer os tipos de incidentes ou riscos mais observados pelos profissionais em CSP;
- Identificar obstáculos e facilitadores à implementação de uma cultura de segurança nas USF, segundo experiência dos participantes;
- Recolher sugestões para melhoria da segurança do doente, quer a nível das unidades de saúde, quer ao nível da ULS.

CAPÍTULO 3

Método

Foi realizado um estudo qualitativo, de carácter exploratório, baseado em entrevistas semiestruturadas, com profissionais de saúde de unidades de cuidados de saúde primários pertencentes à ULS Loures-Odivelas. A população é constituída pelos profissionais das várias unidades de CSP da ULS. Foi utilizada uma amostra de conveniência de tipo intencional, com seleção de participantes das diferentes categorias profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos), de forma a abranger uma diversidade de perspetivas sobre o tema que corresponda à realidade da prestação de serviços. Os critérios de seleção basearam-se na disponibilidade e interesse em colaborar no estudo, assegurando também a representatividade dos diferentes grupos profissionais das unidades de CSP. Foram entrevistados profissionais dos três grupos profissionais de três unidades de CSP da ULS. A amostra foi constituída por sete médicos (dois em formação específica de MGF), cinco enfermeiros e seis assistentes técnicos. Em relação ao tempo de exercício de funções, dois exercem funções em CSP há menos de um ano; quatro entre um ano e dez anos e os restantes há mais de dez anos. Dos entrevistados, um ocupa lugar de chefia intermédia. A definição do número de entrevistas não foi realizada previamente, tendo-se optado por cessar a recolha de dados quando se atingiu a saturação teórica.

Foram utilizadas técnicas qualitativas tanto para a recolha como para a análise de dados. Decidiu-se usar uma entrevista semiestruturada para se obter a perceção dos entrevistados acerca da temática em causa. Segundo Gaskell (2000), o objetivo da entrevista qualitativa é obter um bom entendimento das crenças, atitudes e motivações. Considerou-se esta técnica a mais adequada para explorar significados, sentimentos e racionalizações sobre a segurança em CSP e por permitir a eventual exploração de novos subtemas. Foi usado o mesmo guião estruturado para todos os profissionais entrevistados, independentemente do grupo a que pertenciam (anexo B). A entrevista semiestruturada permitiu uma maior flexibilidade na condução da mesma permitindo adicionar questões consideradas pertinentes para o entrevistado ou para a investigação que surgissem no decorrer da entrevista.

As entrevistas foram realizadas presencialmente num ambiente reservado e tranquilo nas respetivas unidades, de modo a promover a confiança e a abertura dos participantes. Cada entrevista teve uma duração média de aproximadamente 15 a 30 minutos, variando consoante a extensão das respostas e o aprofundamento dos assuntos abordados. Foi solicitada a autorização de audiogravação das entrevistas aos profissionais entrevistados, a fim de garantir a fiabilidade na captação das

informações. Posteriormente, as entrevistas foram integralmente transcritas, o que possibilitou um contacto rigoroso com o conteúdo e facilitou a análise sistemática dos dados.

O protocolo do estudo – contendo os objetivos, metodologia e procedimentos previstos – foi submetido à apreciação da Comissão de Ética do ISCTE-IUL, tendo obtido parecer favorável (Anexo C) Adicionalmente, foi solicitada e obtida autorização da Direção Clínica responsável pelos CSP da ULS Loures-Odivelas, para a realização das entrevistas nas unidades e divulgação dos seus resultados. Antes de cada entrevista, cada potencial participante foi devidamente informado sobre os propósitos e procedimentos do estudo, tanto oralmente como através de um documento de Consentimento Informado (Anexo A), que explicava os objetivos da investigação, o que se esperava da participação na entrevista, e descrevia as medidas de privacidade e confidencialidade adotadas, bem como a forma de tratamento e utilização dos dados recolhidos. Todos os participantes assinaram voluntariamente o consentimento informado. Para salvaguardar a confidencialidade, garantiu-se o anonimato dos participantes: nenhum dado de identificação foi associado às entrevistas nas transcrições ou na apresentação dos resultados, sendo os participantes referenciados mediante designações genéricas (por exemplo, *Médico 1*, *Enfermeiro 2*, *Assistente Técnico 3*, etc.). Os dados recolhidos foram armazenados de forma segura e utilizados exclusivamente para fins desta investigação. Para o tratamento das informações obtidas, foi feita análise de conteúdo das entrevistas obtidas.

Foi feita uma análise qualitativa dos dados, que combinou as abordagens sugeridas por Braun e Clarke (2006) e Gioia, procurando conseguir juntar as mais-valias de cada uma das abordagens. Através da análise temática de Braun e Clarke foram analisados os temas que surgiram das entrevistas dos profissionais, sem uma categorização prévia, tentando assegurar que todos os temas relevantes fossem explorados (Braun & Clarke, 2006). O método de Gioia (Gioia et al., 2013) propõe uma codificação em vários níveis: (1) “conceitos de primeira ordem”, que correspondem às categorias iniciais extraídas diretamente das palavras dos participantes (2) “temas de segunda ordem”, resultantes da interpretação e agregação dos conceitos iniciais pelo investigador e (3) “dimensões agregadas”, que são categorias ainda mais abstratas e abrangentes, nas quais os vários temas de segunda ordem se integram. Este método permitiu organizar e explicar os dados das entrevistas: primeiro foi dado destaque ao expresso pelos participantes, sendo que esses dados foram agrupados em categorias cada vez mais abstratas, permitindo uma melhor compreensão do panorama geral e aumentando o rigor, mostrando o encadeamento entre o verbalizado pelos entrevistados e os temas emergentes do estudo (Gioia et al., 2013). Foi utilizado o software MAXQDA 24® como ferramenta de apoio técnico na organização e codificação das entrevistas. Este programa permitiu armazenar todas as transcrições de forma organizada, atribuir códigos aos segmentos de texto e comparar excertos com os mesmos temas ou categorias.

CAPÍTULO 4

Resultados

A análise temática das entrevistas permitiu identificar diferentes fatores com impacto na segurança do doente em cuidados de saúde primários. Foi feita a codificação do conteúdo das entrevistas em categorias, organizadas posteriormente num maior nível de abstração, refletindo as dimensões estruturantes da cultura de segurança em CSP. Os temas foram agrupados em 11 temas de 2ª ordem e 4 dimensões agregadas, apresentados na figura 4.1.

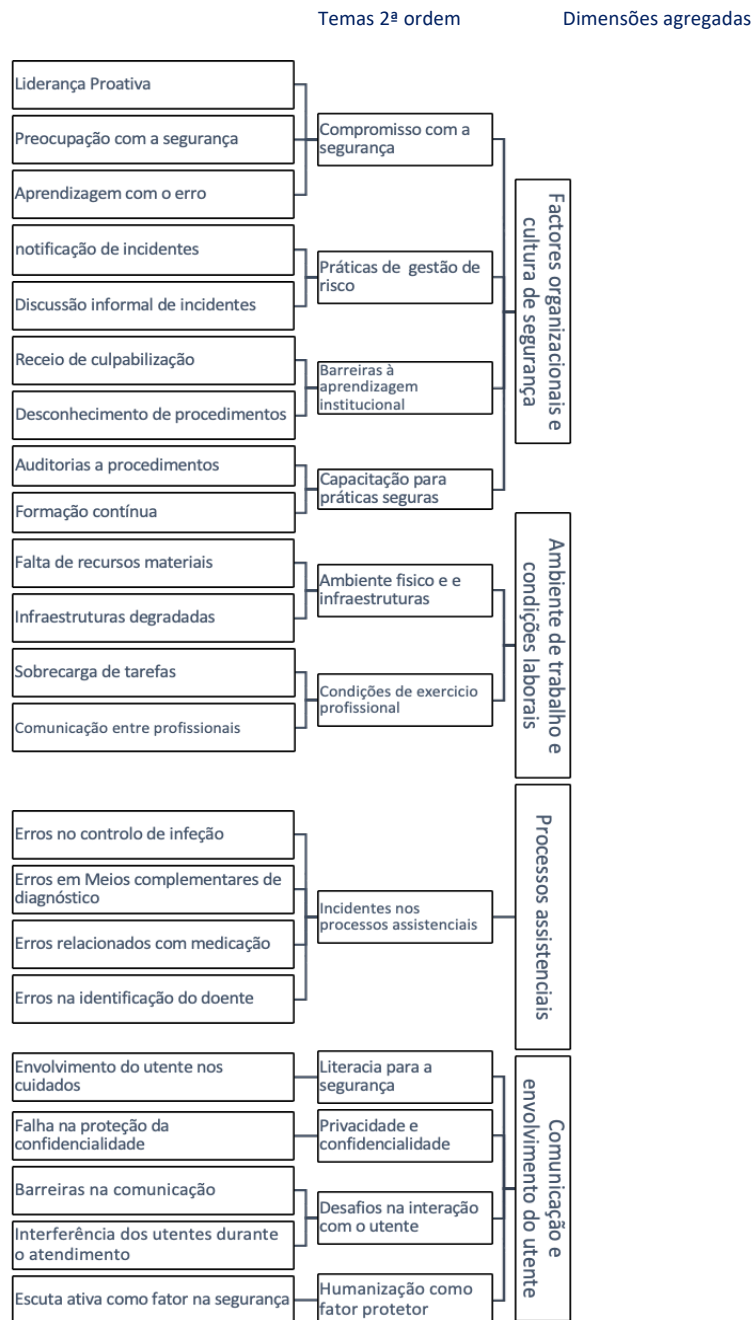


Figura 4.1- Categorias da análise temática: temas de 2ª ordem e categorias agregadas

4.1. Fatores organizacionais e cultura de segurança

Os dados obtidos após análise temática das entrevistas, relacionados com a forma como a organização assume, promove e gere a segurança do doente foram agrupados em 4 temas de segunda ordem: compromisso com a segurança; práticas de gestão de erros, barreiras à aprendizagem institucional e capacitação para práticas seguras, posteriormente agrupados na dimensão agregada “Fatores organizacionais e cultura de segurança”.

Relativamente ao compromisso com a segurança, a liderança surgiu como um aspeto fundamental: *“quem está ligado a esta área deve exercer uma liderança proactiva”*. Outro aspeto foi o da preocupação coletiva com a segurança do doente: *“penso que nesta unidade, a segurança é uma preocupação global da equipa”*; *“a nossa unidade (...) tenta caminhar nesse sentido”*; *“acho que a equipa sempre foi preocupada com a segurança do utente”*; *“acredito que, no geral, a equipa tem uma cultura de segurança”*; *“existe uma preocupação generalizada com a segurança do doente”*. Contudo a cultura de segurança parece ainda incipiente, não estando sempre presente de forma ativa ou discutida no dia-a-dia: *“acho que ainda não temos uma postura totalmente proativa em relação à segurança”*; *“nem sempre é uma preocupação ativa”*; *“acho que temos melhorado, mas ainda temos um longo caminho a percorrer”*.

Os dados obtidos no estudo mostram quem apesar do compromisso com a segurança, existe uma postura ambivalente em relação à notificação de erros e aprendizagem organizacional. Se, por um lado, é reconhecida a aprendizagem com o erro (*“só aprendemos com os erros se estes forem reportados”*; *“se os erros forem notificados é possível aprender com eles e evitar que se repitam”*) e existem aspetos positivos na discussão e partilha dos incidentes em equipa (*“já aconteceu... notificámos, e à terceira vez que ocorreu percebemos que era um erro frequente e discutimos em equipa formas de o minimizar”*), por outro lado, parece não existir uma cultura de notificação perfeitamente enraizada: *“é algo que podemos melhorar na nossa unidade”*; *“não há uma cultura estruturada de notificação”*, *“se quisesse notificar teria de perguntar como o fazer”*.

A discussão e partilha informal surge como substituto da notificação formal: *“há alguma partilha entre alguns profissionais”*; *“a equipa partilha informalmente essas situações”*; *“a partilha de experiências e a conversa entre colegas também contribui para a prevenção”*, *“comunicamos aos responsáveis do grupo”*; *“partilhamos entre as médicas da equipa”*. Existem também práticas formais instituídas: numa das USF, os profissionais descreveram ter *“uma plataforma de notificação onde registamos incidentes, acidentes críticos e não conformidades; esses dados são discutidos em reunião e levados ao conselho técnico”*. Como barreiras à notificação surgem sobretudo o *“receio de culpabilização”* e a vergonha: notificar é muitas vezes percebido como *“admitir uma falha”* que *“expõe o profissional ao julgamento dos pares e superiores, levando a que as pessoas tenham algum receio*

de vir a ser culpabilizadas” e o desconhecimento *“se quisesse notificar teria de perguntar como o fazer”*.

Outros temas que surgiram, relacionados com a capacitação para as práticas de segurança foram a necessidade de formação na área, dirigida a CSP e a realização de auditorias: *“relativamente à formação na área da segurança do doente, penso que seria muito útil. Mesmo que as formações sejam repetidas, ajudam sempre a consolidar conhecimentos, sobretudo em temas como notificação de incidentes, identificação correta do doente e gestão de risco”*; *“na ULS temos formações, as que fui, foram interessantes, mas muito voltadas para situações específicas dos cuidados hospitalares; curiosamente a maioria dos presentes até eram dos cuidados primários.”*, *“para melhorar a administração (da ULS) poderia apoiar com formação específica na área da segurança”*, *“falta formação, para todos sabermos o que fazer”*. Embora em algumas unidades existam auditorias internas em algumas áreas, a realização de auditorias externas também poderia contribuir para a segurança: *“ter uma visão externa sobre o que se passa nas unidades é importante – alguém com experiência na área, isento, que traga novas ideias e possa emitir pareceres os conselho de administração”*, *“acho que seria útil a ULS fazer uma verificação mais sistemática e uniforme às condições físicas da unidade”*, *“pode haver maior proximidade e mesmo auditorias externas”*.

4.2. Ambiente de trabalho e condições laborais

Esta dimensão agregada surgiu da abstração de duas áreas sugeridas pela análise temática: ambiente físico e infraestruturas e condições de exercício profissional, agrupando fatores relacionados com os recursos disponíveis, as infraestruturas e a carga de trabalho, que influenciam diretamente a qualidade e a segurança da prática clínica.

No ambiente físico e infraestruturas, as falhas nos recursos materiais foram um dos temas a surgir como origem de eventos adversos: *“o mau funcionamento de material e dos sistemas informáticos, falhas de material, (...) são fatores que facilitam a ocorrência de erro “;” para melhorar a segurança seria necessário a substituição de equipamento e mobiliário danificado, uma melhor manutenção das instalações e uma resposta efetiva às solicitações dos profissionais”*, *“no verão, com o calor e sem ar condicionado a funcionar, é um risco para os idosos”*, havendo registo de consequências como *“acidentes com vacinas pelas condições de refrigeração”*. Também a insuficiente manutenção das infraestruturas e espaço físico é mencionada como risco na segurança: a existência de mobiliário degradado (cadeiras partidas na sala de espera) que efetivamente causou quedas de utentes, bem como problemas de manutenção do edifício que geram situações inseguras (uma profissional *“bateu com a cabeça”* numa estrutura mal posicionada).

As condições do exercício profissional têm impacto na segurança. A sobrecarga de trabalho e a multitarefa foram associados a lapsos: *“...dificuldade em manter o foco devido à sobrecarga de trabalho”*; *“para garantir o atendimento em tempo útil temos mais do que uma tarefa a ocorrer em simultâneo (...) e, por vezes esta mistura de atividades pode conduzir ao erro”*. Um assistente técnico descreveu que, com múltiplas tarefas e longos períodos ao balcão, acabava *“de cabeça cheia”* e receava não dar *“a resposta apropriada”* às solicitações. Os participantes reconheceram que *“não há bom trabalho de equipa sem boa comunicação”*, sugerindo que melhorar a comunicação interna é fundamental para um trabalho em equipa mais seguro. A comunicação interprofissional é outra das dimensões abordadas: *“não acho que a boa comunicação seja muito homogénea aqui dentro”*; *“há pouca articulação entre níveis de cuidados, o que pode comprometer seguimento de doentes”*. Episódios de interrupções frequentes durante as atividades clínicas ou administrativas foram mencionados como fatores que prejudicam o fluxo do trabalho e que podem levar a erros *“há interrupções frequentes durante as consultas e dificuldade em manter o foco devido à sobrecarga de trabalho”*; *“várias ocasiões em que as interrupções levaram a erro, por exemplo passar a medicação ao doente errado”*, *“estas interrupções, para além de porem em causa a privacidade também nos podem levar a cometer erros”*.

4.3. Processos assistenciais

Esta dimensão agregada agrupou os temas de segurança que surgiram relacionados com o decurso da prestação de cuidados diretos ao doente. Da análise temática das entrevistas emergiram temas relacionados com as precauções básicas de controlo de infeção; erros relacionados com meios complementares de diagnóstico, com a medicação e com a identificação do doente.

Apesar de existirem normas nas precauções básicas de controlo de infeção, por exemplo, procedimentos de higienização, identificação do doente, uso de EPI, etc.), os dados obtidos revelam alguns problemas: *“há falhas na higienização das mãos — por vezes esquecemo-nos”*; *“já observei procedimentos errados na higienização das superfícies”*.

Surgem também incidentes relacionados com medicação *“lembro-me de um caso com um colega, iniciou uma medicação que não era adequada para o doente”*, *“há modificações de terapêuticas de colegas que eventualmente colocam o doente em risco”* e meios complementares de diagnóstico: *“lembro-me de um caso em que foi colocada a amostra de uma colheita para citologia dentro de um frasco que já teria outra amostra”*.

Outro aspeto crítico mencionado foi a identificação correta dos utentes: *“acho que esse tipo de erro, relacionado com a identificação, é o mais frequente”*; *“chamei uma doente sem confirmar a sua identificação (...) e acabei por atender a pessoa errada”*; *“já ocorreram erros na etiquetagem de*

amostras biológicas – as etiquetas não foram colocadas de imediato, o que levou à troca de identificação”, “quando ligamos aos doentes, nem sempre confirmamos corretamente a sua identidade”, “foi feita a prescrição em nome do doente errado; a farmácia é que detetou o erro e contactou o médico”. Uma enfermeira referiu ter administrado “uma vacina (tétano) que não era ainda necessária” porque, ao validar a identidade do utente, em vez cumprir o procedimento (confirmação da identidade pelo utente com dois identificadores inequívocos), este confirmou um nome enunciado pela própria. Os profissionais referem que a introdução de quiosque que permite atribuir senhas aos utentes com base no seu cartão do cidadão e número de utente contribuiu para a melhoria na identificação inequívoca, mas ainda assim com situações de identificação incorreta a ocorrerem.

4.4. Comunicação e envolvimento do utente

Esta dimensão agrupou os temas relacionados com a interação entre profissionais de saúde e utentes, englobando tanto barreiras como fatores protetores: literacia para a segurança, a proteção da confidencialidade, os desafios na interação com o utente e a humanização como fator protetor.

Os dados obtidos mostram fatores relacionados com o próprio utente com impacto na segurança. O envolvimento dos doentes nos seus cuidados de saúde surge como um fator de proteção: *“precisamos promover a literacia em segurança do doente - ensinar os doentes sobre medicação, sinais de alarme, tratamento e autocuidados. Isso também é segurança.”; “devemos dar feedback sobre o que a nossa unidade faz nessa área (segurança)”.*

Por outro lado, há desafios na interação com o doente que comprometem a segurança: *“há utentes que não respeitam os tempos de atendimento e exigem respostas imediatas”, chegando a interromper consultas ou atendimentos administrativos de outros – “ainda hoje um utente quase expulsou o que eu estava a atender”.* Essas interferências dos utentes levam a distrações que podem desencadear erros e comprometem a privacidade e confidencialidade: *“quanto à questão da privacidade e confidencialidade, a verdade é que é difícil os doentes terem isso no atendimento administrativo, até por interrupção de outros doentes”.* Falhas na confidencialidade também ocorrem em outros tipos de interação com doentes *“por vezes enviamos informações por email para familiares e não para o doente, o que pode comprometer a privacidade”.* Apesar das falhas neste nível, este aspeto é considerado essencial para um atendimento seguro: *“É importante que o utente sinta que a confidencialidade está salvaguardada, que está num ambiente seguro”.* Para os entrevistados, existe uma necessidade de estabelecer regras claras no atendimento *“é necessário educar os utentes para que respeitem as regras”.*

O atendimento humanizado emerge como uma das áreas da segurança do doente. A escuta ativa e a comunicação clara com o utente foram práticas apontadas como fatores protetores de eventos

adversos: *“acredito que não devemos olhar apenas para números, mas sim para a pessoa”; “os utentes sentem-se ouvidos e respeitados, o que contribui para o seu bem-estar”; “muitas vezes, basta escutar com atenção para evitar um erro – um simples momento de escuta faz a diferença”.*

CAPÍTULO 5

Discussão

Os resultados mostram que existe uma preocupação dos profissionais com a segurança do doente, as equipas “trabalham com esse sentido de segurança” e a segurança “é uma preocupação partilhada por toda a equipa”. No entanto, parece existir uma falta de sistematização na abordagem de temas relacionados com a segurança, quer na notificação quer na discussão de incidentes. Os resultados parecem apontar para um clima de segurança incipiente, ainda não enraizado na cultura da organização. Os estudos existentes em CSP mostram a importância de uma cultura de segurança sólida: por exemplo, uma revisão sistemática identificou a comunicação aberta, o apoio da gestão e a aprendizagem com os incidentes como dimensões chave a melhorar na cultura de segurança em cuidados primários (Lawati et al., 2018). Climas organizacionais não punitivos e de transparência estão associados a melhores resultados em segurança, ao passo que culturas de culpabilização desencorajam a identificação e discussão de erros (Ferreira & Mendes, 2014; Lawati et al., 2018). O presente estudo mostra para uma dificuldade em abordar ativamente o tema no dia a dia, o que está em linha com pesquisas que apontam resistência em tornar a segurança parte do discurso corrente nas equipas quando não há incentivo institucional claro (Mitchell et al., 2016; Verbakel et al., 2014). A atitude relativamente à notificação de eventos é ambivalente. Se, por um lado, é reconhecido que notificar permite uma aprendizagem e poderá prevenir novos eventos, por outro lado, os dados obtidos mostram que não existe uma estrutura de notificação formal, sendo substituída por comunicação informal entre colegas ou reporte ao superior hierárquico. Fatores apontados como barreiras à notificação são receio de culpabilização e vergonha de errar, mas também o desconhecimento dos procedimentos para notificação. Existe uma subnotificação de eventos, tal como documentado na literatura existente (Lawati et al., 2018; Mitchell et al., 2016). Embora a partilha informal permita algum grau de aprendizagem individual, a falta de um sistema de notificação e análise consistente de eventos pode limitar a aprendizagem coletiva. Este achado reforça a necessidade de instituir sistemas de notificação acessíveis, não punitivos e acompanhados de feedback construtivo aos profissionais, de modo a promover uma aprendizagem organizacional efetiva, o que está alinhado com estudos e com as recomendações já existentes (Klemp et al., 2015; Lawati et al., 2018; World Health Organization, 2020). Outro tema que surgiu ao longo das entrevistas foi uma necessidade de capacitação para práticas seguras, com formação insuficiente em segurança do doente em CSP. Os profissionais consideram úteis formações periódicas sobre temas centrais de segurança adaptados aos CSP. Marchon and Mendes (2014) no seu estudo identificaram lacunas de formação e de conhecimento como uma das causas de incidentes em CSP (Marchon & Mendes Junior, 2014). Organismos internacionais como a OMS recomendam a inclusão de conteúdos de segurança do doente na

formação pré-graduada e em programas de treino contínuo, com recurso a metodologias ativas (ex.: simulações, discussão de casos práticos) para promover a adesão a boas práticas (World Health Organization, 2016b).

Outro dos aspetos abordados pelos profissionais foi o relacionado o ambiente de trabalho e condições laborais. Faltas de recursos materiais e danos estruturais (mobiliário degradado, climatização não adequada) foram apontados como aspetos já causadores de incidentes conhecidos e reportados. Também a sobrecarga de trabalho, multitarefa e interrupções frequentes foram apontados pelos diferentes grupos como elementos que perturbam a concentração dos profissionais e aumentam a probabilidade de lapsos. O reportado está em linha com o descrito nos estudos existentes, que identificam condições organizacionais e ambientais como fatores contribuintes importantes para erros em cuidados primários, nomeadamente a falta de recursos e equipamentos, problemas nos sistemas informáticos, carga de trabalho elevada e interrupções no fluxo de trabalho. Marchon and Mendes (2014) encontraram os problemas administrativos – incluindo escassez de materiais ou medicamentos – e dificuldades estruturais a figurarem entre as principais causas subjacentes a incidentes nos CSP (Marchon & Mendes Junior, 2014). De igual modo, Chaneliere et al. (2018) ao analisar centenas de incidentes em clínicas de saúde familiar em França, verificou que cerca de 22% tinham o ambiente de trabalho como fator contribuinte e que interrupções constantes e cargas de trabalho excessivas aumentavam significativamente o risco de erro (Chaneliere et al., 2018). Melhores condições de trabalho – recursos humanos adequados, manutenção de equipamentos e instalações, e estratégias que minimizem interrupções são necessárias para reduzir riscos. A identificação destes problemas pelas próprias equipas indica consciência da relação entre ambiente de trabalho e segurança (Chaneliere et al., 2018; Marchon & Mendes Junior, 2014). A comunicação entre profissionais também é outro fator apontado como um possível risco para a segurança do doente. Foram reportadas falhas de comunicação quer entre equipa, nas próprias unidades de saúde, quer na articulação de diferentes níveis de cuidado (entre CSP e cuidados hospitalares). A comunicação ineficaz é apontada em diferentes estudos como uma das principais causas de incidentes em CSP e um dos fatores prioritários na melhoria da segurança dos cuidados (Lawati et al., 2018; World Health Organization, 2016g).

Relativamente aos processos assistenciais, nem sempre há adesão consistente a protocolos e procedimentos de segurança instituídos. Foram apontadas falhas na higienização das mãos e na desinfeção de superfícies, não cumprindo as normas de boas praticas preconizadas das precauções básicas de controlo de infeção. Os problemas na identificação inequívoca dos utentes foram “o tipo de erro mais frequente” observado. Relataram-se incidentes concretos, como realizar consulta a utente errado com nome semelhante ou a administração de uma vacina desnecessária devido a uma identificação incorreta do doente no momento do procedimento. Apesar de iniciativas para melhorar

este aspeto – por exemplo, a introdução de quiosques eletrónicos que geram senhas a partir do cartão de cidadão, reduzindo erros de identidade e existência de procedimentos para identificação inequívoca do doente – ainda ocorrem erros de identificação. Estes relatos mostram que nem todos os procedimentos padronizados estão completamente incorporados na prática diária, seja por escassez de tempo, excesso de confiança ou lacunas de conhecimento. Também são referidos erros relacionados com a medicação, em linha com a literatura existente sobre eventos adversos em CSP (Assiri et al., 2018; World Health Organization, 2016d). Contrariamente ao observado em outros estudos, não foi referido pelos profissionais entrevistados eventos adversos associados a falhas de diagnóstico. Esta ausência poderá estar relacionada com o perfil profissional dos participantes: nem todos os entrevistados são médicos e, portanto, poderão não estar diretamente envolvidos no processo diagnóstico. No caso dos médicos, é possível que fatores contextuais, como a incerteza clínica inerente aos CSP, a normalização de situações de difícil diagnóstico ou a inexistência de mecanismos sistemáticos de notificação e discussão de erros, contribuam para uma menor consciencialização para este tipo de evento

Por fim, os profissionais destacaram o papel da comunicação e envolvimento do utente na segurança. É referido interferência do comportamento de alguns utentes no curso normal do atendimento, a condicionar interrupções, distrações e pressão adicional nos profissionais, aumentando o risco de erro e comprometendo a privacidade de outros utentes. Por outro lado, os entrevistados também reconheceram que um bom envolvimento e comunicação com o utente atuam como fatores protetores da segurança. Estratégias como o atendimento humanizado, escuta ativa e esclarecimento das dúvidas do utente e uma aposta em literacia para a segurança foram apontadas como práticas que previnem incidentes – “Muitas vezes, basta escutar com atenção para evitar um erro – um simples momento de escuta faz a diferença”. Garantir a confidencialidade e privacidade no atendimento foi outro aspeto valorizado, pois contribui para que o utente se sinta seguro e colabore de forma mais tranquila com os procedimentos. Esses achados refletem a dualidade da influência do utente: quando desinformado ou insatisfeito, pode introduzir riscos; quando adequadamente envolvido e esclarecido, torna-se um elemento fundamental na segurança. Chaneliere et al. (2018) verificou que fatores humanos relacionados com os doentes – como dificuldades de compreensão, baixa adesão ao tratamento ou comportamento perturbador – contribuíram para cerca de 12,9% dos incidentes analisados em cuidados primários. Há um consenso crescente de que envolver ativamente os utentes na prevenção de erros pode melhorar a segurança: a OMS recomenda fortalecer a literacia em saúde, criar canais de feedback e incentivar os doentes a participarem nas decisões sobre o seu tratamento, precisamente por reconhecer que utentes informados e participantes ajudam a identificar equívocos a tempo e a cumprir melhor os regimes terapêuticos. Assim, estratégias de segurança em saúde devem incorporar o utente não apenas como recetor passivo dos cuidados, mas como

participante ativo nos mesmos – educando-o, gerindo expectativas e envolvimento – de forma a criar um ambiente mais seguro (Vincent & Coulter, 2002; World Health Organization, 2016f).

Nas entrevistas observaram-se algumas diferenças nos temas abordados nos 3 grupos profissionais. Os médicos mostraram preocupação com a segurança na medicação, identificação inequívoca do doente e com as interrupções frequentes. De facto, os estudos mostram que interrupções durante tarefas clínicas complexas aumentam a probabilidade de lapsos, em contextos de prescrição e decisão clínica (Chaneliere et al., 2018; Hall et al., 2016). Os enfermeiros mostraram preocupação com a identificação inequívoca do doente, mas também com a não adesão a protocolos e precauções de controlo básico de infeção, como a correta higienização das mãos e superfícies, o que pode estar relacionado com o perfil de cuidados prestados por este grupo em CSP, que envolve atividades a necessitar de um maior nível de assepsia e maior envolvimento nos procedimentos de gestão de resíduos contaminados. Os assistentes técnicos dão um maior destaque à comunicação com o doente, quer como eventual fator de risco, quer como fator protetor quando se trata de uma comunicação eficaz. Em relação à importância da notificação discussão de incidentes em equipa, comunicação interprofissional e necessidade de formação, os diferentes grupos profissionais têm opiniões convergentes.

O presente estudo sugere áreas de melhoria da segurança nas unidades da ULS. Fortalecer a cultura de segurança nos CSP deve ser uma prioridade institucional: é importante promover um ambiente onde a discussão de erros seja normalizada e compreendida como oportunidade de melhoria. Deve ser implementado um sistema de notificação de incidentes (já existente em algumas unidades, mas aparentemente não universal), nas unidades da ULS. Também aspetos relacionados com as condições de trabalho devem ser tidos em atenção. Recursos materiais adequados e resolução de problemas relacionados com infraestruturas, bem como implementar estratégias de gestão da carga e fluxo de trabalho para minimizar interrupções, recursos humanos adequados, organização inteligente de agendas (p. ex., reservar intervalos para retorno de chamadas ou tarefas administrativas), e treino das equipas em técnicas de gestão de tempo podem ser estratégias a considerar. A formação contínua na área de segurança do utente também deverá ser prioritária. A administração das ULS deverá promover formações periódicas que incluam diversos temas de segurança do doente, adaptadas ao contexto dos CSP, como cultura justa, comunicação em equipa, identificação inequívoca do doente, higiene e controlo de infeção, gestão segura da medicação. Os assistentes técnicos devem ser incluídos nesses programas, dada a sua interação direta com utentes e impacto em processos-chave (acolhimento do utente, agendamento de contactos, gestão do arquivo).

Outra implicação prática diz respeito ao envolvimento do utente na segurança do cuidado. As unidades podem desenvolver ações para promover a literacia em segurança dos seus utentes: campanhas informativas nas salas de espera sobre a importância de fornecer informação correta ao

profissional de saúde, seguir as instruções clínicas e respeitar as normas de funcionamento e de controlo de infeção. A criação de canais de feedback do utente – inquéritos de satisfação que incluam questões de segurança, caixas de sugestões – pode permitir conhecer problemas de segurança na sua perspetiva do doente e criar um sentimento de co-responsabilização na qualidade dos cuidados

O estudo apresenta limitações, em parte associadas à natureza qualitativa da metodologia utilizada. Os resultados obtidos não são generalizáveis para outras realidades ou populações, dado tratar-se de uma amostra intencional e limitada a profissionais de saúde de algumas unidades de CSP da ULS Loures-Odivelas. Os resultados refletem as experiências e opiniões destes participantes específicos, podendo não abranger toda a diversidade de realidades existentes noutras unidades ou regiões. Por outro lado, embora a entrevista semiestruturada seja um meio de explorar perceções mais profundas dos participantes, baseia-se no relato subjetivo sujeito a vieses de resposta. Os entrevistados podem, consciente ou inconscientemente, ter minimizado ou omitido questões delicadas, mesmo com garantias de confidencialidade. Além disso, apesar de terem sido adotadas estratégias de rigor na análise temática, existe um grau inevitável de subjetividade associado a este tipo de abordagem. A experiência da investigadora em cuidados de saúde primários e na área da segurança do doente poderá ter influenciado a interpretação das entrevistas e a categorização dos dados.

Apesar das limitações, este estudo permitiu identificar vários fatores que influenciam a segurança na perspetiva dos profissionais e algumas áreas de melhoria. Os resultados podem servir de base para estudos futuros, nomeadamente investigações quantitativas que explorem a associação entre algumas das dimensões identificadas e indicadores de segurança. Podem também apoiar a construção de intervenções direcionadas, como programas formativos ou estratégias de melhoria organizacional, cujo impacto poderá ser avaliado em estudos futuros. Finalmente, faria sentido replicar esta abordagem noutros contextos, alargando a evidência sobre segurança do doente em diferentes realidades dos cuidados de saúde primários. Também seria relevante realizar estudos que abordassem as perspetivas dos doentes sobre a segurança dos cuidados.

Em suma, os resultados mostram um compromisso dos profissionais com a segurança do doente, mas revelam fragilidades que limitam a consolidação de uma cultura de segurança efetiva. As perceções dos participantes apontam caminhos de melhoria, com destaque para a necessidade de sistematizar práticas seguras, reforçar a formação e criar condições organizacionais que apoiem a aprendizagem com os erros.

CAPÍTULO 6

Conclusões

Este estudo permitiu aprofundar a compreensão do modo os profissionais dos CSP percebem aspetos relacionados com a segurança do doente, confirmando que a segurança do doente neste nível de cuidados é multifatorial. Os temas encontrados estão em linha com tópicos já mencionados na literatura - como cultura de segurança, comunicação, condições de trabalho, adesão a protocolos e envolvimento do utente. A convergência das percepções de médicos, enfermeiros e assistentes técnicos nestes temas sugere que são elementos prioritários na segurança do doente em CSP. Observaram-se algumas diferenças entre grupos profissionais. Os médicos destacaram a segurança da medicação e identificação inequívoca; os enfermeiros, para além da identificação do doente, também destacaram as precauções básicas de controlo de infeção. Os assistentes técnicos apontam ainda a comunicação com o doente como um fator crítico. Os resultados mostram um compromisso dos profissionais com a segurança do doente, embora apontem para a necessidade de uniformização e consolidação em alguns procedimentos, bem para a necessidade de apoio institucional, para que exista uma real cultura de segurança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Perfil de competências dos secretários clínicos*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Documents/Anexos%20Relat%C3%B3rio%20Intercalar%20GAPS%20Mar%C3%A7o%202022/Anexo%20I%20-%20Perfil%20Compet%C3%Aancias%20dos%20Secret%C3%A1rios%20Cl%C3%ADnicos.pdf>
- 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*(1), 353. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3167-x>
- Andrade, M. da C., & Neves, M. M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem*, *III*(8), 125–134.
- Assiri, G. A., Shebl, N. A., Mahmoud, M. A., Aloudah, N., Grant, E., Aljadhey, H., & Sheikh, A. (2018). What is the epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. *BMJ Open*, *8*(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019101>
- Baker, R., Norton, P., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W., Hébert, P., Majumdar, S., Palacios-Derflingher, L., Reid, R., Sheps, S., & Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, *170*(11), 1678–1686. <https://doi.org/10.1053/cmaj.1040498>
- Barach, P., & Small, S. D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ (Clinical research ed.)*, *320*(7237), 759–763. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.759>
- Boysen, P. G. II. (2013). Just Culture: A Foundation for Balanced Accountability and Patient Safety. *The Ochsner Journal*, *13*(3), 400–406. <https://www.ochsnerjournal.org/content/13/3/400>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carayon, P., Schoofs Hundt, A., Karsh, B.-T., Gurses, A. P., Alvarado, C. J., Smith, M., & Brennan, P. F. (2006). Work system design for patient safety: The SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care*, *15*(Suppl 1), i50–i58. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015842>
- Carayon, P., Wooldridge, A., Hoonakker, P., Hundt, A., Kelly, M., Seaverson, E., & Wetterneck, T. B. (2020). SEIPS 3.0: Human-centered design of the patient journey for patient safety. *Applied Ergonomics*, *84*, 103033. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.103033>
- Chaneliere, M., Koehler, D., Morlan, T., Berra, J., Colin, C., Dupie, I., & Michel, P. (2018). Factors contributing to patient safety incidents in primary care: A descriptive analysis of patient safety incidents in a French study using CADYA (categorization of errors in primary care). *BMC Family Practice*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0803-9>
- Cook, R. I., & Rasmussen, J. (2005). “Going solid”: A model of system dynamics and consequences for patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, *14*(2), 130–134. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010034>
- Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, *26*, 111–136. [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00035-7](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00035-7)
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Norma nº 017/2022: Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Relatório anual de monitorização da implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. www.dgs.pt

- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3, Suppl), 166–206. <https://doi.org/10.2307/3348969>
- Donaldson, Liam. (2000). *An organisation with a memory: report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the National Health Service chaired by the Chief Medical Officer*. The Stationery Office.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Edmondson, A. (2003). Speaking up in the operating room: How team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1419–1452. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00386>
- Entidade de Tutela e Financiamento da Saúde. (2024). *ULS de Loures-Odivelas*. <https://www.etf.gov.pt/uls-de-loures-odivelas>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2016). *Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1792/ERS_-_Estudo_USF_e_UCSP_-_final.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE*. www.ers.pt
- European Academy of Teachers in General Practice (Network within WONCA Europe). (2005). A definição europeia de medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 511–516. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v21i5.10170>
- Fekadu, G., Tobiano, G., Muir, R., Engidaw, M. T., & Marshall, A. P. (2025). Factors influencing patient safety incident reporting in African healthcare organisations: a systematic integrative review. *BMC Health Services Research*, 25(1), 619. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12762-1>
- Ferreira, C., & Mendes, F. (2014). Promoting a culture of safety in primary health care. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Lidel - Edições Técnicas.
- Fragata, J., Souza, P., & Santos, R. S. (2014). Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis. In P. Souza & W. Mendes (Eds.), *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras* (Vol. 2, pp. 17–25). Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575415948>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLoS ONE*, 11(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 338–343. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
- Hatoun, J., Chan, J. A., Yaksic, E., Greenan, M. A., Borzecki, A. M., Shwartz, M., & Rosen, A. K. (2017). A Systematic Review of Patient Safety Measures in Adult Primary Care. *American Journal of Medical Quality*, 32(3), 237–245. <https://doi.org/10.1177/1062860616644328>
- Holden, R. J., Carayon, P., Gurses, A. P., Hoonakker, P., Hundt, A. S., Ozok, A. A., & Rivera-Rodriguez, A. J. (2013). SEIPS 2.0: A human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients. *Ergonomics*, 56(11), 1669–1686. <https://doi.org/10.1080/00140139.2013.838643>
- King, A., Holder, M. G., & Ahmed, R. A. (2013). Errors as allies: error management training in health professions education. *BMJ Quality & Safety*, 22(6), 516. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000945>
- Klamar, A., Horvath, D., Frese, M., & Keith, N. (2024). Different approaches to learning from errors: Comparing the effectiveness of high reliability and error management approaches. *Safety Science*, 177. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2024.106578>

- Klemp, K., Zwart, D., Hansen, J., Hellebek, T., Luettel, D., Verstappen, W., Beyer, M., Gerlach, F. M., Hoffmann, B., & Esmail, A. (2015). A safety incident reporting system for primary care. A systematic literature review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *European Journal of General Practice* 21; 39–44). <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1043728>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press.
- Künzle, B., Kolbe, M., & Grote, G. (2010). Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: A literature review. *Safety Science* 48(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2009.06.004>
- Lawati, M. H. Al, Dennis, S., Short, S. D., & Abdulhadi, N. N. (2018). Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. *BMC Family Practice*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>
- Lawton, R., McEachan, R. R. C., Giles, S. J., Sirriyeh, R., Watt, I. S., & Wright, J. (2012). Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 21(5), 369–380. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000443>
- Logroño, K. J., Al-Lenjawi, B. A., Singh, K., & Alomari, A. (2023). Assessment of nurse's perceived just culture: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(348). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01478-4>
- Makeham, M. A. B., Stromer, S., Bridges-Webb, C., Mira, M., Saltman, D. C., Cooper, C., & Kidd, M. R. (2008). Patient safety events reported in general practice: A taxonomy. *Quality and Safety in Health Care*, 17(1), 53–57. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.022491>
- Marchon, S. G., & Mendes Junior, W. V. (2014). Segurança do paciente na atenção primária à saúde: Revisão sistemática. In *Cadernos de Saude Publica* (Vol. 30, Issue 9, pp. 1815–1835). Fundacao Oswaldo Cruz. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114113>
- McFadden, K. L., Stock, G. N., & Gowen, C. R. (2015). Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: Impact on process quality and patient safety. *Health Care Management Review*, 40(1), 24–34. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000006>
- McLeod, L., Kingston-Riechers, J., & Jonsson, E. (2012). A conceptual framework identifying sources of risk to patient safety in primary care. *Australian Journal of Primary Health*, 18(3), 185–189. <https://doi.org/10.1071/PY11062>
- Mendes, W. (2019). Taxonomia em segurança do paciente. In W. Mendes & P. Sousa (Eds.), *Segurança do paciente: Conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (2ª ed., Vol. 1, pp. 57–90). CDEAD–ENSP & Editora Fiocruz
- Mitchell, I., Schuster, A., Smith, K., Pronovost, P., & Wu, A. (2016). Patient safety incident reporting: A qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after To Err is Human. *BMJ Quality & Safety*, 25(2), 92–99. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004405>
- Murray, J. S., Lee, J., Larson, S., Range, A., Scott, D., & Clifford, J. (2023). Requirements for implementing a 'just culture' within healthcare organisations: an integrative review. *BMJ Open Quality*, 12, e002237. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2022-002237>
- O'Connor, P., Madden, C., O'Dowd, E., Byrne, D., & Lydon, S. (2021). A meta-review of methods of measuring and monitoring safety in primary care. In *International Journal for Quality in Health Care* (Vol. 33, Issue 3). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab117>
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório mundial de saúde 2008: Cuidados de saúde primários – Agora mais que nunca*.
- Panagioti, M., Khan, K., Keers, R. N., Abuzour, A., Phipps, D., Kontopantelis, E., Bower, P., Campbell, S., Haneef, R., Avery, A. J., & Ashcroft, D. M. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 366, l4185. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4185>

- Panagioti, M., Stokes, J., Esmail, A., Coventry, P., Cheraghi-Sohi, S., Alam, R., & Bower, P. (2015). Multimorbidity and patient safety incidents in primary care: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, *10*(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135947>
- Panesar, S. S., deSilva, D., Carson-Stevens, A., Cresswell, K. M., Salvilla, S. A., Slight, S. P., Javad, S., Netuveli, G., Larizgoitia, I., Donaldson, L. J., Bates, D. W., & Sheikh, A. (2016). How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, *25*(7), 544–553. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004178>
- Pedrosa, V. V. (2017). *Segurança do doente em cuidados de saúde primários: Estudo bibliométrico da produção científica internacional (2000-2015)* [ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa]. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/16386>
- Pisco, L. (2011). Reforma da atenção primária em Portugal em duplo movimento: Unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(6), 2841–2852. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600022>
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge University Press.
- República Portuguesa. (1979). *Lei n.º 56/79 – Cria o Serviço Nacional de Saúde*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1979/09/21400/23572363.pdf>
- República Portuguesa. (2023a). *Decreto-Lei n.º 102/2023 – Regime jurídico da organização e funcionamento das unidades locais de saúde*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- República Portuguesa. (2023b). *Decreto-Lei n.º 103/2023 – Regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- Ribas, M. J. (2010). Eventos adversos em cuidados de saúde primários: Promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *26*, 585–589.
- Santos, D. R., Rocha, F. L. R., Avelar, A. F. M., & Wegner, W. (2022). Produção científica sobre segurança do paciente na atenção primária: Revisão bibliométrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *30*, e3521. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5405.3521>
- Saraiva, D. M. R. F., & Almeida, A. A. (2017). Gestão de recursos humanos: Distinguir cultura organizacional e clima organizacional. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, *22*, 24–31. https://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2018/01/rpgs022_24-31.pdf
- Schneider, B., Ehrhart, M. G., & Macey, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual Review of Psychology*, *64*, 361–388. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143809>
- Shaw, R., Drever, F., Hughes, H., Osborn, S., & Williams, S. (2005). Adverse events and near miss reporting in the NHS. *Quality and Safety in Health Care*, *14*(4), 279–283. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010553>
- Sousa, P., Lage, M. J., & Rodrigues, V. (2023). Magnitude do problema e os fatores contribuintes do erro e dos eventos adversos. In P. Sousa (Ed.), *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (pp. 95–112). Edições Sílabo.
- Verbakel, N. J., Langelaan, M., Verheij, T. J. M., Wagner, C., & Zwart, D. L. M. (2016). Improving patient safety culture in primary care: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, *12*(3), 152–158. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000075>
- Vincent, C. A., & Coulter, A. (2002). Patient safety: what about the patient? *Quality and Safety in Health Care*, *11*(1), 76–80. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.76>
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*, *316*(7138), 1154–1157. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7138.1154>
- Vogus, T., Lee, M., & Mossburg, SE. (2025). High Reliability Organization (HRO) Principles and Patient Safety. *PSNet*. <https://psnet.ahrq.gov/perspective/high-reliability-organization-hro-principles-and-patient-safety>
- World Health Assembly. (2002). *Quality of care: patient safety*. <https://iris.who.int/handle/10665/78535>
- World Health Organization. (2016a). *Administrative errors: Technical series on safer primary care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272>

- World Health Organization. (2016b). *Education and training: Technical series on safer primary care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272>
- World Health Organization. (2016c). *Human factors: Technical series on safer primary care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272>
- World Health Organization. (2016d). *Medication errors: Technical series on safer primary care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272>
- World Health Organization. (2016e). *Multimorbidity: Technical series on safer primary care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272>
- World Health Organization. (2016f). *Patient engagement: Technical series on safer primary care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252272>
- World Health Organization. (2020). *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9789240010338-eng.pdf>
- World Health Organization, & WHO Patient Safety. (2010). *Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/70882>

ANEXOS

Anexo A- Termo de consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação a decorrer no **Iscte – Instituto Universitário de Lisboa**, no âmbito de tese de mestrado em *Gestão de Empresas*

O estudo tem por objetivo identificar os aspetos que os profissionais de saúde consideram mais importantes para melhorar a segurança do doente em CSP. São objetivos específicos deste estudo: 1) Explorar as perceções dos diferentes profissionais das USF (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos) sobre os fatores que influenciam a segurança do doente nas USF; 2) Identificar sugestões de melhorias propostas pelos vários grupos profissionais 3) Compreender as barreiras e facilitadores para a melhoria do clima de segurança nas unidades.

A sua participação no estudo, que será muito valorizada, irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste em:

-Participar numa entrevista sobre segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários.

-O tempo estimado para a participação é de aproximadamente 30 min.

-A entrevista poderá ser realizada presencialmente ou via plataforma de videoconferência (TEAMS ou ZOOM)

O Iscte é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo, tendo como base legal o art. 6º, nº1, alínea a do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

O estudo é realizado por Maria de Fátima Simões Franco (fatima.franco@uilsod.min-saude.pt; mfsfo1@iscte-iul.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida, partilhar algum comentário ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento dos seus dados pessoais. Poderá utilizar o contacto indicado para solicitar o acesso, a retificação, o apagamento ou a limitação do tratamento dos seus dados pessoais.

A participação neste estudo é **confidencial**. Os seus dados pessoais serão sempre tratados por pessoal autorizado vinculado ao dever de sigilo e confidencialidade. O Iscte garante a utilização das técnicas, medidas organizativas e de segurança adequadas para proteger as informações pessoais. É exigido a todos os investigadores que mantenham os dados pessoais confidenciais.

Além de confidencial, a participação no estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação e retirar o consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais em qualquer

ISCTE-IUL Instituto Universitário de Lisboa ☑ Av. das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa ☎ 351 217 903 000
www.iscte-iul.pt www.facebook.com/ISCTEUL twitter.com/iscteul www.linkedin.com/company/iscte-iul www.flickr.com/photos/iscteul www.youtube.com/user/iultv



momento, sem ter de prestar qualquer justificação. A retirada de consentimento não afeta a legalidade dos tratamentos anteriormente efetuados com base no consentimento prestado.

Os seus dados pessoais serão conservados por 3 meses após o qual serão destruídos ou anonimizados, garantindo-se o seu anonimato nos resultados do estudo, apenas divulgados para efeitos estatísticos, de ensino, comunicação em encontros ou publicações científicas.

Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo.

O Iscte não divulga ou partilha com terceiros a informação relativa aos seus dados pessoais.

O Iscte tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do email dpo@iscte-iul.pt. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo competente – Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo/a investigador/a, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora. **Aceito** participar no estudo e consinto que os meus dados pessoais sejam utilizados de acordo com a informações que me foram disponibilizadas.

Sim Não

_____ (local), ____ / ____ / ____ (data)

Nome: _____

Assinatura: _____

Anexo B - Guião de apoio à entrevista

Guião de apoio a entrevista:

Guião de apoio à entrevista	
Introdução	Apresentação do investigador e objetivos do estudo; confirmação do consentimento informado. O que é para si a segurança do doente?
Perceção sobre a segurança nos cuidados de saúde primários	Sente que a questão da segurança do doente é uma preocupação dos profissionais da sua unidade? Lembra-se de algum caso de “quase erro”, em que embora sem dano para o doente, a segurança esteve comprometida? E de algum episódio com algum dano?
Barreiras e Desafios à segurança em CSP	Quais os principais desafios que enfrenta para melhorar a segurança na sua USF?
Boas Práticas na segurança em CSP	Pode partilhar exemplos de boas práticas que têm contribuído para a segurança dos cuidados na sua USF?
Recomendações/Sugestões para melhorar a segurança	Que medidas considera importantes para melhorar a segurança na sua USF? Como a administração da ULS pode apoiar os profissionais nesse objetivo? Que tipo de formação ou recursos poderiam facilitar a melhoria da segurança?
Encerramento	Outras considerações que gostaria de acrescentar?

Anexo C - Parecer Comissão de ética do ISCTE



ISCTE BUSINESS SCHOOL ETHICS COMMITTEE (IBS EC)

OPINION/RECOMMENDATIONS [28-03-2025]

Project IBS_EC 013 /2025: “Como melhorar a Segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários? Perspetivas dos Profissionais das USF da Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas”

The project “Como melhorar a Segurança do doente nos Cuidados de Saúde Primários? Perspetivas dos Profissionais das USF da Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas”, submitted by Maria de Fátima Simões Franco, was analyzed by the IBS EC in the meeting on 28th of March 2025.

The information provided in the SUBMISSION FORM FOR APPROVAL OF THE IBS ETHICS COUNCIL and associated annexes meets the ethical requirements required in this type of research projects, including:

a) RESEARCH PROBLEM AND RELEVANCE OF THE STUDY

From the submission form: “O estudo tem como objetivo geral identificar os aspetos que os profissionais de saúde consideram mais importantes para melhorar a segurança do doente em CSP. São objetivos específicos deste estudo: 1) Explorar as perceções dos diferentes profissionais das USF (médicos, enfermeiros e assistentes técnicos) sobre os fatores que influenciam a segurança do doente nas USF; 2) Identificar sugestões de melhorias propostas pelos vários grupos profissionais; 3) Compreender as barreiras e facilitadores para a melhoria do clima de segurança nas unidades”.

IBS EC Observations: no comments

b) RESEARCH AIMS/QUESTIONS

IBS EC Observations: no comments

c) METHOD

IBS EC Observations: The submission states that:

“Os participantes serão recrutados entre os profissionais dos vários grupos profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes técnicos) que trabalham há mais de 3 meses nas USF pertencentes à ULS Loures-Odivelas. A população elegível para o estudo é constituída por 224 profissionais. A amostra será de conveniência, sendo o convite a profissionais das diferentes USFs abrangendo diferentes grupos profissionais, num número necessário para atingir a saturação dos dados (cerca de 15 a 20 profissionais de saúde).

Após a aprovação da comissão de ética os profissionais das USF serão convidados via email. A participação será voluntária, sendo necessário que seja dado o consentimento informado para inclusão no estudo. Caso se verifiquem dificuldades na adesão ao estudo ou na identificação de

profissionais com experiência relevante em segurança do doente, poderá recorrer-se, de forma complementar, a uma estratégia de amostragem por bola de neve. Neste caso, solicitar-se-á aos participantes já incluídos que recomendem outros profissionais.

Os profissionais serão contactados através de email, onde serão explicados os objetivos do estudo, informados da participação voluntária e existência de consentimento informado para integrar o estudo. Caso aceitem participar será enviado o consentimento informado para leitura e agendado um primeiro contacto, presencial ou através de outros meios de comunicação para esclarecimentos adicionais, caso necessário. A entrevista será presencial ou via plataforma eletrónica (conforme preferência do entrevistado). No caso das entrevistas presenciais o consentimento será assinado no momento antes da realização da entrevista; nas entrevistas via zooms ou teams poderá ser enviado consentimento informado com assinatura digital antes da entrevista. Se o consentimento não é obtido presencialmente e há recolha de dados pessoais, explique por favor como regista a manifestação positiva e explícita do participante de forma a poder comprová-la.

Será enviado consentimento informado com assinatura digital”.

The IBS EC considers that the information provided in the section METHOD of the Submission Form for Ethics Committee Approval is not sufficient to understand how the data will be recorded, transcribed, stored, protected, and eliminated. However, the document “**Questionário sobre tratamento de dados pessoais**” is more explicit in terms of clarifying the recording, transcribing, storing, and protection of data.

d) PARTICIPANTS/RECRUITMENT METHOD

IBS EC Observations: The IBS EC reminds researchers that recruitment data held by them (emails exchanged with participants or institutions, contact details exchanged, even though social media such as LinkedIn, etc.) are personal data as they identify participants. Such data must also be subject to appropriate technical and organizational protection measures. They should be deleted once they are no longer necessary for the purpose of the research project and kept safe for no longer **than 6 months after the defense of the Master’s thesis**. The EC also reminds researchers that storage of data in personal computers should be avoided. Instead, the researcher should use a safe server account or a server managed by Iscte.

e) INFORMED CONSENT AND DEBRIEFING

IBS EC Observations: no comments.

f) PROTECTION AND SAFETY OF PARTICIPANTS

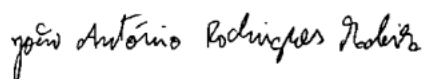
IBS EC Observations: no comments.

SUMMARY

In short, to ensure that the voluntary nature of participation, free and informed consent, the anonymization of personal data, and the confidentiality of the data collected are met, the IBS EC only recommend that data should be deleted once they are no longer necessary for the purpose of the research project and kept safe for no longer **than 6 months after the defense of the Master's thesis**. The EC also reminds researchers that storage of data in personal computers should be avoided. Instead, the researcher should use a safe server account or a server managed by Iscte. The IBS EC issues a final opinion in favour of carrying out the proposed study, subject to the implementation of the recommendations mentioned above.

Rapporteurs: Sandra Loureiro and Patrícia Filipe


The President of the IBS CE,



The Rapporteurs:



Anexo D - Autorização da direção clínica da ULSLOD

 Outlook

RE: Pedido de Autorização para Realização de Estudo de Investigação

De Alda Gisela Monteiro (ULSLOD) <alda.freitas.monteiro@ulslod.min-saude.pt>

Data qui, 05/06/2025 11:41

Para Maria Fátima Simoes Franco | USF Ramada <fatima.franco@ulslod.min-saude.pt>

Cara Dr.ª Fátima,

Peço desculpa pela resposta tardia, mas nada a opor ao solicitado.

Obrigada

Com os melhores cumprimentos

Alda Gisela Monteiro

Direção Clínica para os Cuidados de Saúde Primários

Conselho de Administração

RAI - Responsável de Acesso à Informação da ULSLOD



ULS Loures-Odivelas | PT

Loures-Odivelas ULS | EN

Hospital Beatriz Ângelo, Avenida Carlos Teixeira 3

2674-514 Loures | Portugal

Tel.: +351 219 847 200

De: Maria Fátima Simoes Franco | USF Ramada <fatima.franco@ulslod.min-saude.pt>

Enviado: 15 de maio de 2025 18:03

Para: Alda Gisela Monteiro (ULSLOD) <alda.freitas.monteiro@ulslod.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de Autorização para Realização de Estudo de Investigação

Exma. Dr.ª Alda Monteiro,

O meu nome é Fátima Franco, médica especialista em Medicina Geral e Familiar, a exercer funções na USF Ramada. No âmbito do meu Mestrado em Gestão de Empresas, encontro-me a desenvolver um estudo intitulado: "Cuidados de saúde primários mais seguros: Perspetivas dos Profissionais das USF da Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas"

O objetivo do estudo é Identificar os aspetos que os profissionais de saúde consideram mais importantes para garantir cuidados de saúde seguros em CSP, conhecer as barreiras e facilitadores para a melhoria do clima de segurança nas unidades, identificando sugestões de melhorias propostas pelos diferentes grupos profissionais.

Para este efeito, pretendo realizar entrevistas a profissionais das Unidades de Saúde da ULS Loures-Odivelas. A participação será totalmente voluntária, assegurando a confidencialidade e o anonimato dos participantes, em conformidade com os princípios éticos e as normas em vigor.

Venho por este meio solicitar autorização para realizar este estudo no âmbito da ULS Loures-Odivelas. Anexo a este email envio o parecer positivo da Comissão de Ética e o protocolo do estudo, já com as devidas alterações sugeridas pela comissão de ética.

Agradeço desde já a atenção e disponibilidade, ficando ao dispor para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,
Fátima Franco

Fátima Franco,
Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar
USF Ramada



USF da Ramada
Rua 25 de Agosto, 2
2620-257 Ramada | Portugal
Tel.: +351 21 934 61 82/3 | Email: usf.ramada@ulslod.min-saude.pt

Anexo E - Nota Técnica sobre o software de análise qualitativa MAXQDA

Designação: MAXQDA Analytics Pro 24

Fabricante/Distribuidor: VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, Berlim, Alemanha.

Versão utilizada: MAXQDA 24 (Release 24.9.1), com módulos de apoio (AI Assist – versão gratuita; Transcrição).

Tipo de licença: Académica/Semestral, válida até dezembro de 2025.

Função principal: Software de análise qualitativa e mista de dados, utilizado para organização, codificação e análise de entrevistas.

Utilização no estudo: Apoio à análise temática e organização de códigos segundo os métodos de Gioia e Braun & Clarke. Permitiu a importação das transcrições, codificação hierárquica, criação de matrizes e extração de citações.

Referência: VERBI Software. (2024). *MAXQDA 24 [computer software]*. Berlin, Germany: VERBI Software. Disponível em <https://www.maxqda.com>

Anexo F.- Resumos com segmentos codificados - Segurança

CSP MAXQDA24

Código	Segmentos codificados
Fatores organizacionais e cultura de segurança > Capacitação para práticas seguras > Formação continua	<p>Agora na ULS temos formações, mas as que fui, foram interessantes, mas muito voltadas para situações específicas dos cuidados hospitalares; curiosamente a maioria dos presentes até eram dos cuidados primários.</p> <p>Enfermeiro 05 : 8 - 8 (0)</p>
	<p>Em termos de formação, acho que temos bastante na área clínica, especialmente no controlo de infeção. Mas falta mais formação relacionada com a gestão de riscos associados à parte de proteção civil — incêndios, planos de evacuação, etc. Isso também é segurança do doente, e acho que temos pouca preparação nessa área.</p> <p>Médico 06: 9 - 9 (0)</p>
	<p>Uma medida importante seria a realização de formações periódicas. Existem formações da própria ULS sobre sensibilização sobre regras de higienização, técnicas assépticas, uso de luvas.</p> <p>Enfermeiro 04: 11 - 11 (0)</p>
	<p>Quanto à formação, penso que é fundamental. Mesmo que a organização tenda a ser muito “hospitalocêntrica”, a formação ajuda-nos a prestar cuidados mais seguros</p> <p>Enfermeiro 03: 10 - 10 (0)</p>
	<p>O que precisamos é de mais proximidade, mais formação e mais visitas às unidades.</p> <p>Assistente Técnico 04: 10 - 10 (0)</p>
	<p>sim muita, nesta área. Não temos muita formação nesta área. Mais uma vez por nossa iniciativa própria, se não fossemos nós ativamente a falar disso nas nossas reuniões, pelos padrões de funcionamento que temos nas USF.</p> <p>Médico 03: 12 - 12 (0)</p>
	<p>Acho importante dar formação aos grupos locais nesta área Seja pela própria ULS ou por entidades externas para capacitar os profissionais afetos a este tema, para poderem fazer um trabalho ainda melhor do que costumam fazer. Isto é um tema emergente e muitos profissionais que não estão ainda familiarizados com este tema nem com a sua importância para o sucesso dos cuidados de saúde.</p> <p>Enfermeiro 01: 25 - 25 (0)</p>
	<p>Falta também formação prática, para que todos saibam o que fazer.</p> <p>Médico 04: 9 - 9 (0)</p>
	<p>A formação é essencial e deveria ser cíclica — tal como em reanimação ou uso do DAE. Mesmo os profissionais com muita experiência devem ser lembrados periodicamente</p>

dos procedimentos, pois estes evoluem.
Sugere também que a existência de estágios em certas áreas poderia ser benéfica.

Enfermeiro 02: 17 - 17 (0)

Sim. A formação sobre segurança do doente seria útil para alertar os profissionais para aspetos que muitas vezes passam despercebidos. A USF já participou em várias formações e incentiva a participação.

Assistente Técnico 01: 19 - 19 (0)

- Ausência de tempo protegido para estudo e atualização

Médico 02: 5 - 5 (0)

- Identificar necessidades formativas com base nos erros ocorridos
- Promover formações internas obrigatórias e adequadas às necessidades
- Estimular uma postura mais pedagógica da administração perante os erros, focando na sua prevenção

Médico 02: 9 - 9 (0)

Relativamente à formação na área da segurança do doente, penso que seria muito útil. Mesmo que as formações sejam repetidas, ajudam sempre a consolidar conhecimentos, sobretudo em temas como notificação de incidentes, identificação correta do doente e gestão de riscos

Assistente Técnico 03: 20 - 20 (0)

orque não temos o pensamento automático sobre todos os aspetos da segurança. Se estivermos mais alerta, vamos conseguir evitar mais situações de risco. Por exemplo, aprender a notificar, usar os sistemas internos, analisar as causas dos erros... isso seria útil.

Médico 05: 18 - 18 (0)

Para melhorar, a administração poderia apoiar com:

- Formação específica na área da segurança;
- MEdico 7: 17 - 18 (0)
- Formação de internos e profissionais sobre segurança do doente.
- MEdico 7: 22 - 22 (0)

Factores organizacionais e cultura de segurança > Capacitação para práticas seguras > Auditorias a procedimentos

Sobre a melhoria da segurança do doente, acho que seria útil a ULS fazer uma verificação mais sistemática e uniforme das condições físicas das unidades — acessibilidade, segurança dos espaços, etc.

Médico 06: 8 - 8 (0)

Mas acho que sim mas acho, que pode haver maior proximidade e mesmo auditorias externas, as pessoas ficam um bocadinhos chateadas ou um bocadinho nervosa as com isso mas são coisas que fazem parte se que queremos funcionar em que condições

Médico 03: 10 - 10 (0)

O processo de acreditação inevitavelmente ajudou porque o facto de termos criado vários procedimentos para várias situações e todos tentamos agir sempre da mesma forma, o que diminui significativamente a possibilidade de erro.; a discussão dos incidentes em reunião.

Enfermeiro 01: 17 - 17 (0)

As medidas de controlo de infeção estão implementadas e são feitas auditorias com regularidade.

Assistente Técnico 03: 11 - 11 (0)

Factores organizacionais e cultura de segurança > Barreiras à aprendizagem institucional > desconhecimento de procedimentos

Ainda há um caminho a percorrer, mas com a acreditação, foram lançados muitos desafios e um dos principais foi precisamente a segurança do doente

MEdico 7: 3 - 3 (0)

Já fizemos auditorias no secretariado, mas devia ser feita também uma auditoria dirigida aos médicos, especialmente porque nem sempre vemos os nossos próprios utentes.

MEdico 7: 10 - 10 (0)

Fizemos auditorias à comunicação segura, como o uso da técnica SBAR na transição de cuidados. Temos também protocolos de reconciliação terapêutica sempre que há alterações na medicação, tanto da nossa parte como do hospital.

MEdico 7: 14 - 14 (0)

A identificação do utente é outra área que já auditámos, bem como a prescrição adequada de antimicrobianos — com foco em infeções respiratórias, urinárias e otites médias agudas. Existe formação interna e dentro da ULS sobre esse tema.

MEdico 7: 15 - 15 (0)

- Apoio às auditorias das unidades;
- MEdico 7: 21 - 21 (0)

A ULS poderia transmitir Indicações transversais relativas a algumas práticas/ procedimentos que pudéssemos aplicar mas diferentes unidades

Médico 01: 19 - 19 (0)

O primeiro desafio é conhecer todas as medidas de segurança. Muitas vezes nem sabemos que algo pode correr mal.

Médico 04: 9 - 9 (0)

- Criar ferramentas acessíveis com instruções claras sobre como e o que reportar.
- Ter acesso a documentos e orientações que provavelmente já existem, mas que muitos não conhecem.

Médico 04: 15 - 15 (0)

Para melhora seria importante cumprirmos rigorosamente os procedimentos já existentes, que muitos desconhece

	<p>Enfermeiro 02: 15 - 15 (0)</p> <hr/> <p>Ainda há muito a melhorar. A cultura de segurança depende tanto das equipas como da ULS. A partilha de experiências, formação adequada e mudança de atitude face aos erros são fundamentais para promover um ambiente mais seguro.</p> <p>Médico 02: 13 - 13 (0)</p>
<p>Factores organizacionais e cultura de segurança > Barreiras à aprendizagem institucional > Receio de culpabilização</p>	<p>Há barreiras à notificação dos erros. Acho que é mais por vergonha e medo de julgamento pelos pares.</p> <p>Enfermeiro 04: 10 - 10 (0)</p> <hr/> <p>trabalhamos num sítio que não deixa de ser muito familiar e tem uma organização muito própria porque as pessoas já se conhecem há muito tempo e às vezes é difícil chamar a atenção de determinada pessoa. Não se pode ter esse medo porque no final do dia temos que olhar para nós como pessoas e se as coisas não estão a funcionar bem e tem que chamar a atenção para se conseguir melhorar.</p> <p>Médico 03: 8 - 8 (0)</p> <hr/> <p>Incentivar os nossos colegas a notificarem os incidentes o facto também de «haver a possibilidade da notificação ser anónima, portanto o objetivo aqui não é apontar dedos. É tentar corrigir alguns procedimentos, algumas coisas que correm menos bem.</p> <p>Enfermeiro 01: 19 - 19 (0)</p> <hr/> <p>As pessoas terem algum receio de virem a ser culpabilizadas. Nós que somos os elementos focais da gestão e risco na usf podemos dar exemplo e notificar os nossos próprios incidentes críticos e demonstrar ao que não há problema: eu cometi um erro, estou a notificá-lo não tenho medo de vir a de vir a sofrer represálias, por ter cometido um erro mas sim temos que entender isto como uma forma de melhorar.</p> <p>Enfermeiro 01: 21 - 21 (0)</p> <hr/> <p>A criação de documentos de apoio acessíveis, a clarificação sobre o anonimato da notificação e a repetição de temas em reuniões poderiam ajudar.</p> <p>Médico 04: 17 - 17 (0)</p> <hr/> <p>A cultura de segurança poderia beneficiar de mais discussão estruturada e sem apontar culpados.</p> <p>Médico 02: 7 - 7 (0)</p> <hr/> <p>alta ainda uma verdadeira compreensão de que o reporte de incidentes ou quase incidentes não deve ter um carácter punitivo, mas sim pedagógico</p> <p>MÉdico 7: 4 - 4 (0)</p> <hr/> <p>É importante que todos percebam que só aprendemos com os erros se estes forem reportados. A cultura de segurança só se constrói se houver esta aprendizagem contínua.</p> <p>MÉdico 7: 4 - 4 (0)</p>
<p>Factores organizacionais e cultura de segurança > Práticas</p>	<p>A partilha de experiências e a conversa entre colegas sobre estes erros contribuiu também para a prevenção de novas ocorrências. Todo este processo foi, para nós, uma aprendizagem valiosa.</p>

de gestão de risco > Discussão informal de incidentes	<p>Assistente Técnico 04: 5 - 5 (0)</p> <hr/> <p>Comunicamos aos responsáveis do grupo.</p> <p>Assistente Técnico 02: 24 - 24 (0)</p> <hr/> <p>Discussão de erros é“Nim”; discutimos na equipa médica, as 2 médicas da equipa fixa. Não há abertura para fazer o mesmo em todas as equipas profissionais.</p> <p>Médico 01: 8 - 8 (0)</p> <hr/> <p>Não. Pode haver alguns comentários informais, mas não há uma cultura estruturada de notificação.</p> <p>Médico 04: 11 - 11 (0)</p> <hr/> <p>Sim. Quando identifico um erro, costumo falar com o colega responsável (Tiago) e reporto, por exemplo, através do INFARMED. Quando se trata de medicação, notifico também a equipa de enfermagem.</p> <p>Enfermeiro 02: 11 - 11 (0)</p> <hr/> <p>Há alguma partilha entre alguns profissionais, mas nem todos demonstram abertura para discutir falhas.</p> <p>Médico 02: 7 - 7 (0)</p> <hr/> <p>Quanto às notificações de incidentes, a nossa responsável sabe como funciona o processo. Quando algo acontece, há tentativa de registo e de resolução.</p> <p>Assistente Técnico 03: 9 - 9 (0)</p>
Fatores organizacionais e cultura de segurança > Práticas de gestão de risco > Notificação de incidentes	<p>Temos uma plataforma de notificação (SharePoint) onde registamos incidentes, acidentes críticos e não conformidades. Esses dados são depois discutidos em reunião e levados ao conselho técnico.</p> <p>Médico 06: 7 - 7 (0)</p> <hr/> <p>a maioria dos casos a pessoa reporta. estando alerta que estas coisas acontecem para se evitar no futuro.</p> <p>Médico 03: 8 - 8 (0)</p> <hr/> <p>Penso que tem sido algo que tem vindo a melhorar. Mas acho que é algo que ainda podemos melhorar na nossa unidade, nomeadamente no que diz respeito à notificação dos incidentes críticos, que neste caso acho que é a melhor ferramenta que temos para conseguirmos melhorar nesse aspecto.</p> <p>Enfermeiro 01: 7 - 7 (0)</p> <hr/> <p>eu acho que falta é um envolvimento maior dos profissionais no que diz respeito à notificação destes incidentes, tenham sido causados pela pelo próprio profissional ou por outros. Eu acho que temos melhorado de facto, mas ainda temos um caminho ainda a percorrer.</p> <p>Enfermeiro 01: 7 - 7 (0)</p>

adesão à notificação dos incidentes é importante porque essa é longe a ferramenta mais eficaz que temos para analisar e tentar corrigir procedimentos e também chamar a atenção para pessoas porque estas coisas acontecem

Enfermeiro 01: 13 - 13 (0)

Não. Pode haver alguns comentários informais, mas não há uma cultura estruturada de notificação.

Médico 04: 11 - 11 (0)

Se os erros forem notificados, é possível aprender com eles e evitar que se repitam

Médico 04: 11 - 11 (0)

- Promover a análise dos erros de forma construtiva.

Médico 04: 15 - 15 (0)

Acredito que há aprendizagem com os erros, sobretudo quando existe partilha entre profissionais. Se o erro não for reportado, ninguém aprende com ele.

Enfermeiro 02: 11 - 11 (0)

- Incentivar a notificação e discussão de erros de forma construtiva

Médico 02: 9 - 9 (0)

Sim, acho que sim. Faz sentido notificarmos, para que os outros percebam o porquê das coisas serem feitas de determinada forma.

Médico 05: 12 - 12 (0)

Embora, para ser sincera, nunca tenha notificado nenhuma situação.

Médico 05: 12 - 12 (0)

Sobre boas práticas, temos um mapa de riscos que identifica riscos para os utentes e para os profissionais. Os incidentes são registados, com ou sem dano, e discutidos em reuniões do Conselho Geral. Avaliamos a gravidade e a probabilidade de recorrência. Isso permite uma abordagem preventiva.

Médico 7: 13 - 13 (0)

Factores organizacionais e cultura de segurança > Compromisso com a segurança > Aprendizagem com o erro

Já aconteceu, notificamos, À terceira vez que ocorreu percebemos que era um erro frequente e discutimos em equipa formas de minimizar.

Enfermeiro 05 : 5 - 5 (0)

Se ajuda a notificação e partilha: sim ajuda muito, porque faz com que estejamos atentos a erros que já ocorreram e tentamos estratégias para que não ocorram novamente. Não

noto que haja dificuldade em partilhar situações de erro e discuti-las em equipa, pelo menos nas nossas reuniões de enfermagem.

Enfermeiro 05 : 6 - 6 (0)

Mas devemos ver a notificação como um ato de partilha e aprendizagem. Devíamos fazer reuniões de equipa para refletir sobre os erros — discutir em grupo o que falhou e porquê, e aprender com isso.

Enfermeiro 04: 10 - 10 (0)

A partilha entre colegas é essencial. Quando partilhamos situações em que ocorreram erros ou quase-erros, todos aprendemos. Lembro-me de interferências em processos de vacinação, por exemplo. A partilha ajuda-nos a refletir e a modificar práticas.

Enfermeiro 03: 8 - 8 (0)

Seria importante a existência de protocolos de atuação e discussão em equipa sobre erros e formas de prevenir a sua repetição;

Médico 01: 17 - 17 (0)

Há uma preocupação visível, por exemplo, com o uso correto de máscaras e luvas por parte da equipa de enfermagem.

Assistente Técnico 01: 5 - 5 (0)

Também é importante dar feedback às pessoas sobre o que aprendemos com os erros reportados — isso ajuda muito a estabelecer essa cultura.

MEdico 7: 5 - 5 (0)

Fatores organizacionais e cultura de segurança >
Compromisso com a segurança >
> Preocupação com a segurança

Penso que nesta unidade a segurança é uma preocupação global da equipa.

Enfermeiro 05 : 3 - 3 (0)

Nós trabalhamos com este sentido de segurança. E faz sentido que o doente também sinta segurança — não só do ponto de vista clínico, mas também no ambiente em que é tratado.

Médico 06: 2 - 2 (0)

Quanto à cultura de segurança do doente, ainda é um processo muito individual. Acho que a notificação e a aprendizagem com os erros pode ajudar.

Enfermeiro 04: 9 - 9 (0)

Esta preocupação deve estar sempre presente: devemos avaliar os riscos, o ambiente em que nos encontramos e as características da pessoa que temos à nossa frente. Como profissionais de saúde, também temos a responsabilidade de prevenir riscos

Enfermeiro 03: 3 - 3 (0)

Sinto que a segurança do doente é uma preocupação partilhada por toda a equipa.

Enfermeiro 03: 4 - 4 (0)

Nem toda a equipa valoriza igualmente a segurança do doente. Ainda existem profissionais que consideram a resposta rápida uma prioridade superior, como antigamente. No entanto, nota-se uma mudança: atualmente, a maioria das colegas está mais sensibilizada para a proteção do utente e para a importância da segurança.

Assistente Técnico 05: 3 - 3 (0)

De forma geral, a equipa tem cuidado com a segurança, mesmo que não seja um tema frequentemente discutido

Assistente Técnico 04: 3 - 3 (0)

Trabalhamos todos com esse objetivo. O acolhimento e a nossa missão para com os doentes são uma mais-valia. Os inquéritos de satisfação demonstram isso: os utentes sentem-se bem acolhidos. Os resultados são consistentes — e não é algo que estejamos a inventar. Apesar de não termos uma unidade moderna, temos uma equipa muito empenhada.

Assistente Técnico 04: 9 - 9 (0)

eu não tínhamos tantos procedimentos, a grande maioria dos procedimentos é para uniformizar a nossa atuação mas o fim último é a garantir os seus cuidados corretos ao doente e isso implica garantir que estamos a zelar pelas sua segurança e pela sua saúde, por isso acho que sim ponto vista geral, a nossa unidade nesse aspecto acho que tenta caminhar toda nesse sentido

Médico 03: 5 - 5 (0)

Sim, é uma preocupação, porque se nós não garantirmos o cumprimento destas destes procedimentos, se não estivermos atentos a alguns aspetos dos nossos cuidados podemos interferir de forma negativa na saúde do utente ao invés de forma positiva, que é o objetivo dos cuidados, não é? E acho que é uma preocupação para o global da equipa.

Enfermeiro 01: 5 - 5 (0)

Cultura de segurança na minha unidade é fraquinha

Médico 01: 8 - 8 (0)

Acho que sim, mas nem sempre é uma preocupação ativa.

Médico 04: 5 - 5 (0)

Em geral, acho que muitos procedimentos são tidos como garantidos, e nem sempre há consciência dos riscos.

Médico 04: 5 - 5 (0)

para mim é uma preocupação e acredito que também o seja para a maioria dos profissionais.

Enfermeiro 02: 5 - 5 (0)

No entanto, nem sempre conseguimos manter os procedimentos corretamente, especialmente em situações de stress ou com interrupções frequentes, que são momentos propícios a falhas.

Enfermeiro 02: 5 - 5 (0)

Acredito que esta preocupação com a segurança não é só minha – é partilhada por toda a equipa. Em todos os espaços por onde o utente passa, existe essa preocupação com o seu bem-estar. O doente deve estar sempre em primeiro l

Assistente Técnico 03: 5 - 5 (0)

No meu caso, de forma ativa, acho que não penso sempre na segurança do doente. Algumas coisas faço de forma automática, são intrínsecas. Mas pensar ativamente na segurança, não tanto. Acho que a equipa com quem trabalho tem essa preocupação, sim.

Médico 05: 5 - 5 (0)

Acho que ainda há muito por fazer.

Médico 05: 14 - 14 (0)

A cultura de segurança tem vários elementos. Acho que ainda não temos uma postura totalmente proativa em relação à segurança como um dos pilares da nossa unidade.

MEdico 7: 3 - 3 (0)

Factores organizacionais e cultura de segurança > Compromisso com a segurança > Liderança proativa

Discutir os erros que ocorrem, por incentivo da própria ULS

Médico 01: 22 - 22 (0)

Tem de haver encorajamento à notificação, e quem está mais ligado a esta área deve exercer uma liderança proativa.

MEdico 7: 5 - 5 (0)

Ambiente e condições de trabalho > condições de exercício profissional > comunicação entre profissionais

Relacionado com a comunicação, temos todos dias e pessoas. Não acho que a boa comunicação seja muito homogénea aqui dentro. Mas há fatores que não facilitam, estamos todos ocupados com o nosso trabalho, não queremos interromper, comunicamos pelo teams mas há computadores que funcionam pior.

Enfermeiro 05 : 7 - 7 (0)

mas não há bom trabalho de equipa sem boa comunicação. As interrupções e a falta de comunicação prejudicam muito

Enfermeiro 03: 9 - 9 (0)

Pronto, a máquina estava avariada. Reportamos à enfermeira chefe. A Enfermeira chefe referiu que já sabia. Não comunicou nada.

Médico 01: 27 - 27 (0)

Sinto que há pouca articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares. Parece que tudo gira à volta do hospital. Seria importante incluir mais as USF e facilitar a integração

Médico 04: 17 - 17 (0)

Hoje em dia há uma validação dupla: o médico refere a medicação e a equipa de enfermagem valida. No passado, havia mais risco de erro por falhas na comunicação entre médico e enfermagem, mas essa situação está agora mais controlada.

Enfermeiro 02: 9 - 9 (0)

As Interrupções frequentes, cansaço dos profissionais, sobrecarga na sala de tratamentos, f

Enfermeiro 02: 13 - 13 (0)

Várias ocasiões em que as interrupções acabam por levar a erro

Médico 02: 11 - 11 (0)

A comunicação entre os profissionais também poderia ser mais eficiente, sobretudo no seguimento de doentes com patologias crónicas. Alguns utentes acabam por recorrer várias vezes ao centro de saúde pelos mesmos motivos

Assistente Técnico 03: 16 - 16 (0)

Por exemplo facilitando na comunicação das situações clínicas de doentes, melhoria da comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de cuidados.

Assistente Técnico 03: 18 - 18 (0)

Ambiente e condições de trabalho > condições de exercício profissional > Sobrecarga de tarefas

Ainda assim, reconheço que, por vezes, a falta de profissionais e o envolvimento em várias tarefas ao mesmo tempo dificultam a aplicação prática de todas as medidas de segurança. No entanto, devemos incorporar a segurança como parte da rotina do cuidar.

Enfermeiro 03: 4 - 4 (0)

A falta de tempo contribui para interrupções, o que compromete a segurança. Muitas vezes, estamos a atender um utente e surgem solicitações para outros, o que quebra o raciocínio e pode originar erros

Enfermeiro 03: 7 - 7 (0)

Poderão ser eventualmente falhas de comunicação entre os profissionais a pressão do fator tempo. Para garantir aqui o atendimento em tempo útil ao utente e também o facto de por vezes temos mais do que uma tarefa a de ocorrer em simultâneo temos que parar alguma coisa para fazer outra e por vezes esta mistura de atividades pode conduzir ao erro.

Enfermeiro 01: 15 - 15 (0)

Quantidade de trabalho que leva a menos tempo para estudo do que seria ideal;

Médico 01: 12 - 12 (0)

cansaço dos profissionais, sobrecarga na sala de tratamentos,

Enfermeiro 02: 13 - 13 (0)

Acumulação de tarefas como atendimento, resposta a e-mails e telefonemas em simultâneo, podem levar a erros. Também as interrupções.

Assistente Técnico 01: 15 - 15 (0)

- Interrupções frequentes durante as consultas
- Dificuldade em manter o foco devido à sobrecarga de trabalho

Médico 02: 5 - 5 (0)

Muitas vezes, os profissionais acabam por ceder à pressão e marcam consultas que resultam em exames desnecessários, numa atitude mais defensiva, o que sobrecarrega o sistema

Assistente Técnico 03: 16 - 16 (0)

Às vezes, devido à sobreposição de tarefas e ao tempo reduzido, acabamos por ser interrompidos a meio do que estamos a fazer,

Médico 05: 7 - 7 (0)

Ambiente e condições de trabalho > Ambiente físico e infraestruturas > Infraestruturas degradadas

Recordo, por exemplo, uma altura em que as cadeiras da sala de espera estavam em mau estado e isso representava um risco real de queda.

Enfermeiro 03: 5 - 5 (0)

Situação com dano houve aquela Sra que se sentou numa cadeira que estava partida, essa andou em consultas, fez exames por causa do sucedido

Assistente Técnico 02: 10 - 10 (0)

Depois de todas as quebras da rede de frio, eles enviaram uma nova UPS que está ali empacotada. E portanto já tivemos acidentes com vacinas, pelas condições de refrigeração.

Assistente Técnico 02: 22 - 22 (0)

A nível da estrutura, acidentes devido à própria estrutura do edifício; por ex, eu bati agora com a cabeça na escada que vai para o telhado da unidade. Felizmente sem dano. Mas poderia ter sido um doente e ter havido dano.

Médico 01: 13 - 13 (0)

Rever e corrigir erros estruturais

Médico 01: 21 - 21 (0)

uma utente caiu devido a uma cadeira em mau estado na sala de espera. As cadeiras são antigas e várias foram retiradas por não estarem em condições. Também já houve situações de pancadas com mobiliário mal fixado. Estas situações foram reportadas.

Assistente Técnico 01: 7 - 7 (0)

Falta de substituição de mobiliário antigo (cadeiras, sofás, cadeiras dos profissionais)
- Ausência de resposta às solicitações por parte da gestão

- Instalações degradadas (rachas, má manutenção)
- Presença de insetos e necessidade de desinfestações frequentes

Assistente Técnico 01: 9 - 9 (0)

No verão, com o calor e sem ar-condicionado a funcionar, é um risco para os idosos. É difícil garantir segurança do doente a 100% nessas condições.

Médico 05: 16 - 16 (0)

- Uma equipa centralizada que avalie as condições físicas das unidades e garanta a manutenção preventiva dos equipamentos;
- MEdico 7: 19 - 19 (0)
-
- Dou um exemplo: tivemos uma situação de cadeiras na sala de espera que cederam com pessoas com excesso de peso. Já tínhamos pedido a substituição, mas não foi dado seguimento. Se calhar, com uma equipa externa a fazer recomendações, haveria mais impacto.
- MEdico 7: 24 - 24 (0)

Ambiente e condições de trabalho > Ambiente físico e infraestruturas > Falta de recursos materiais

ivemos recentemente uma falha no fornecimento de contentores por mais de um mês

Enfermeiro 04: 7 - 7 (0)

Um dos desafios com que nos deparamos tem a ver com a resposta aos pedidos que fazemos, nomeadamente em termos de materiais. Já pedimos várias vezes certos equipamentos, mas a resposta tarda. Esta falta pode, por si só, constituir um risco nos cuidados.

Enfermeiro 03: 6 - 6 (0)

Uma sala de espera com melhores condições físicas, mais acolhedora, cadeiras melhores, faz falta porque qualquer dia pode acontecer outro acidente

Assistente Técnico 02: 18 - 18 (0)

alhas no material e o mau funcionamento de material e sistemas informáticos são factores que levam ao erro

Enfermeiro 02: 13 - 13 (0)

Renovar material obsoleto ou em falta; Evitar interrupções recorrentes por falta de equipamentos; Reforçar o stock e controlar a perda de materiais

Enfermeiro 02: 15 - 15 (0)

Falta de interligação entre sistemas informáticos

Médico 02: 5 - 5 (0)

Do ponto de vista dos recursos materiais, temos algumas limitações. Por exemplo, as cadeiras não são as ideais e há alguma escassez de material pontual, mas nada que comprometa os cuidados prestados.

Assistente Técnico 03: 13 - 13 (0)

O sistema nem sempre funciona bem, a impressora é específica e por vezes acaba por não imprimir.

Médico 05: 15 - 15 (0)

Processos assistenciais >
Incidentes nos processos
assistenciais > erros na
identificação do doente

Lembro-me de uma vez, ainda quando não tínhamos funcionamento do quiosque e chamadas por número, de ter ido à sala chamar um sr pelo nome e estavam 2 senhores com nome exatamente igual. Na altura o que fiz foi pedir a ambos para entrarem e depois usamos outros identificadores (número de utente e data de nascimento para perceber que era o sr agendado. Estavam ambos agendados para horas semelhantes, salas diferentes.

Enfermeiro 05 : 4 - 4 (0)

A falha mais comum é mesmo na identificação. Acho que nem sempre estamos em sintonia quanto a isso.

Enfermeiro 04: 2 - 2 (0)

Lembro-me de uma situação em que fui substituir uma colega numa consulta de saúde infantil. Havia duas crianças com o mesmo primeiro nome. Uma faltou, mas a outra veio. Por engano, desmarcaram a que vinha. Chegou a criança e foi confirmada com o nome da doente que não estava.. Chamei-a e fiz a consulta toda com a criança errada. Só percebi quando abri o processo e vi que os dados não batiam certo — chamou-me a atenção a mãe parecer confusa com as recomendações que estava a dar relativas ao desenvolvimento da criança.

Enfermeiro 04: 3 - 3 (0)

Antes da implementação dos quiosques, as falhas na identificação eram mais frequentes. A confirmação era feita manualmente e muitos utentes nem traziam identificação. Chegou a haver trocas de receitas, por exemplo. A automatização do processo obrigou à mudança de comportamentos, levou à educação dos utentes para trazerem sempre o cartão e reduziu significativamente os erros. Ainda existem falhas, mas são muito menos comuns.

Assistente Técnico 04: 4 - 4 (0)

Acho que é mais comum que acaba por acontecer ou pode acontecer é com a identificação do doente. É uma coisa simples mas podemos estar a correr o risco de estar a passar por exemplo um medicamento errado à pessoa errada,

Médico 03: 6 - 6 (0)

já me aconteceu entregar uma análise que não era daquela pessoa que era de outra.

Assistente Técnico 02: 20 - 20 (0)

noto muitas falhas na identificação do utente, incluindo da minha parte. Costumo perguntar apenas se o nome está correto, e o doente confirma. Também quando ligamos aos doentes, nem sempre confirmamos corretamente a identidade.

Médico 04: 5 - 5 (0)

houve uma situação com uma utente marcada para consulta. Duas utentes com o mesmo nome e foi confirmada a sra errada. Felizmente foi logo detectado

Médico 04: 7 - 7 (0)

Outro erro comum é abrir a ficha errada do utente, especialmente em consultas conexas. Por vezes percebemos que o que o utente refere não corresponde ao que está na ficha, e só assim detetamos o erro. Normalmente não causa dano, mas é uma falha de identificação.

Enfermeiro 02: 7 - 7 (0)

Existe cuidado na identificação dos utentes, tanto no atendimento como nos gabinetes médicos e de enfermagem.

Assistente Técnico 01: 5 - 5 (0)

Já assisti a situações de risco, sobretudo ligadas à identificação incorreta do utente

Assistente Técnico 03: 7 - 7 (0)

Já ocorreu, por exemplo, um erro numa identificação de uma citologia, mas a utente foi contactada e reagendada para a semana seguinte. Tentamos sempre prestar os melhores cuidados, mesmo com alguns constrangimentos logísticos.

Assistente Técnico 03: 14 - 14 (0)

Por exemplo, erros na identificação do doente

Médico 05: 7 - 7 (0)

Acho que esse tipo de erro, relacionado com a identificação, é o mais frequente

Médico 05: 7 - 7 (0)

-
- Outro caso, comigo, há 3 ou 4 anos: chamei uma utente sem confirmar devidamente a sua identificação. Era uma irmã de uma assistente técnica e acabei por atender a pessoa errada. Foi um erro meu — não confirmei inequivocamente quem era a pessoa à minha frente. A partir daí, foram implementados protocolos de identificação.
 - Médico 7: 8 - 8 (0)

Processos assistenciais >
Incidentes nos processos
assistenciais > Erros
relacionados com medicação

ambém na administração, até mesmo de vacinas, sobretudo das tetravalentes, por vezes conforme laboratórios o sistema de administração é diferente e se não estivermos com atenção, pode acontecer que parte do componente da vacina não seja administrado.

Enfermeiro 05 : 4 - 4 (0)

Lembro-me de um incidente em que foi feita uma prescrição no nome errado do utente. A farmácia é que detetou o erro e contactou o médico para esclarecer. Não teve consequências, mas poderia ter tido.

Médico 06: 6 - 6 (0)

Outra vez, o médico prescreveu uma vacina fora do plano, mas na farmácia deram outra. Quando fui administrar, percebi o erro a tempo. Se me tivesse fiado na prescrição sem confirmar, teria cometido um erro

Enfermeiro 04: 4 - 4 (0)

Lembro-me de um caso com dois gémeos a fazer vacinas fora do plano. Estava tudo certo, mas a colega deixou as seringas em cima da bancada. Um dos gémeos mexeu numa delas e desperdiçou a vacina.

Enfermeiro 04: 6 - 6 (0)

Outro exemplo está relacionado com a terapêutica: é fundamental avaliarmos bem e certificarmos-nos do que estamos a administrar ao utente certo.

Enfermeiro 03: 5 - 5 (0)

Sim recordo-me de um incidente, no caso aqui da equipa de enfermagem, por exemplo de uma reposição de terapêutica injetável no armário onde é feito esse armazenamento; foi colocada uma penicilina de uma dosagem diferente daquela que estava etiquetada na divisória foi um incidente que foi detetado atempadamente e não causou dano ao utente. Estou-me agora a lembrar desse, houve outros certamente.

Enfermeiro 01: 9 - 9 (0)

assim algum incidente com dano, não foi só uma em que houve aqui alguns erros terapêuticos, em que foram prescritos medicamentos que na verdade não deveriam ter sido prescritos, porque poderiam causar dano à saúde do utente e penso que terá sido esse talvez o mais grave.

Enfermeiro 01: 12 - 12 (0)

Outro ponto é quando nem o profissional nem o doente sabem a medicação habitual, o que afeta claramente a segurança.

Médico 04: 5 - 5 (0)

Lembro-me de um caso em que não validei corretamente a identificação do utente. Fui eu a referir o nome completo, o doente confirmou e acabei por administrar uma vacina (tétano) que não era ainda necessária. Não houve dano, mas foi um erro que poderia ter tido consequências.

Enfermeiro 02: 7 - 7 (0)

de erro aconteceram alguns casos no passado com o DR X , sei que tinha a ver com medicação, iniciar uma medicação que não era adequada para o doente, modificações de terapêuticas de colegas que eventualmente tb poderiam colocar os doentes em risco.

Médico 02: 11 - 11 (0)

Processos assistenciais >
Incidentes nos processos assistenciais > Erros relacionados com meios de diagnóstico

Lembro-me de um caso em que foi colocada a amostra de uma colheita para colpocitologia dentro de um frasco que já teria sido utilizado e teria outra amostra. Foi detetado de imediato, repetiu-se a colheita das 2, nas poderia ter corrido ma se não fosse detetado. Com dano em saúde não me lembro de nenhum caso.

Médico 01: 10 - 10 (0)

Outra vez o sistema informático estava em baixo e não conseguimos confirmar corretamente o tipo de citologia necessária. Acabámos por fazer duas colheitas diferentes, sem termos a certeza de qual era necessária.

Médico 04: 7 - 7 (0)

Por exemplo, encontrar uma forma mais prática de gerir as etiquetas das citologias. Penso, por exemplo, nas citologias – são das situações mais difíceis por causa do processo de etiquetagem

Médico 05: 15 - 15 (0)

- Já ocorreram também erros na etiquetagem de amostras biológicas — etiquetas que não foram colocadas de imediato, o que levou à troca de identificação. Isso continua a ser uma área problemática.

- Médico 7: 9 - 9 (0)

Processos assistenciais > Incidentes nos processos assistenciais > Erros no controlo de infeção

Outra coisa que deveria melhorar é a formação feita às assistentes operacionais sobre a higienização das instalações. Já tenho observado procedimentos errados neste aspeto, como não cumprir a ordem de higienização das superfícies. Por vezes até percebemos que os gabinetes não foram bem higienizados. Este é um aspecto que me preocupa bastante.

Enfermeiro 05 : 9 - 9 (0)

Há falhas na higienização das mãos — por vezes esquecemo-nos.

Médico 04: 5 - 5 (0)

A sala de tratamentos é higienizada várias vezes ao dia.

- Há cuidado com o uso de máscara, especialmente se houver sintomas ou doenças infecciosas.
- Existe atenção ao descarte adequado de resíduos contaminados (lixo branco).

Médico 04: 13 - 13 (0)

. Há preocupação com a higiene dos espaços, como a limpeza por cima dos armários. A equipa está atenta e tenta melhorar continuamente, adaptando-se às limitações.

Assistente Técnico 01: 21 - 21 (0)

Comunicação e envolvimento do utente > Humanização como factor protetor > Escuta ativa como factor na segurança

Eu valorizo muito o lado humano do atendimento ao utente, e é por isso que gosto de estar aqui

Enfermeiro 03: 9 - 9 (0)

Ouvir o utente é essencial. Muitas vezes, basta escutar com atenção para evitar um erro. Um simples momento de escuta faz mesmo a diferença.

Assistente Técnico 04: 6 - 6 (0)

Temos o desafio de sair da lógica dos números e voltar a focar-nos nas pessoas. A escuta ativa é uma ferramenta poderosa. Os utentes sentem-se ouvidos e respeitados, o que contribui para o seu bem-estar. Mesmo aqueles que vivem com familiares sentem-se, muitas vezes, sós. O diálogo é escasso. Cinco ou dez minutos de escuta podem fazer toda a diferença.

Assistente Técnico 04: 7 - 7 (0)

Comunicação e envolvimento do utente > desafios na interação com o utente > Interferência dos doentes durante o atendimento

Antes, todos se aglomeravam no atendimento, o que comprometia o funcionamento e a confidencialidade

Assistente Técnico 05: 4 - 4 (0)

Lembro-me de um caso em que uma utente caiu na sala de espera e nós ate achamos que não era a sério, mas podia ser. No fundo embora não acreditando que fosse serio, a verdade é que tomamos as medidas adequadas e chamamos o enfermeiro.

Assistente Técnico 02: 10 - 10 (0)

Acontece ter de atender uma pessoa que até tem um assunto importante para nos falar e ter uma pessoa atrás dessa pessoa a fazer, a querer fazer perguntas.

Assistente Técnico 02: 20 - 20 (0)

A responder a emails quando estou no atendimento, as vezes também o telefone, às vezes estamos claramente ocupadas e as pessoas interrompem e depois é difícil ouvir a questão da pessoa.

Assistente Técnico 02: 26 - 26 (0)

Comunicação e envolvimento do utente > desafios na interação com o utente > Barreiras na comunicação

as vezes eles não se explicam bem, às vezes ate desisto de entender a pessoa e tento resolver a questão de outra maneira sei lá às vezes falar com o médico

Assistente Técnico 02: 12 - 12 (0)

era complicado comunicar com a senhora mas ela depois arranhou-se um sistema e escrevia aquilo que era necessário e acabávamos por comunicar assim.

Assistente Técnico 02: 14 - 14 (0)

Um utente enviou um e-mail, mas o profissional só leu a primeira parte e respondeu de forma incorreta, sem considerar o conteúdo completo. Foi um erro de comunicação.

• MEdico 7: 7 - 7 (0)

Comunicação e envolvimento do utente > Privacidade e confidencialidade > Falha na proteção de privacidade

Mas às vezes perdemos um pouco a noção em algumas áreas, especialmente na parte burocrática. Por exemplo, os relatórios, as informações clínicas, os próprios medicamentos — tudo isso faz parte da confidencialidade

Médico 06: 3 - 3 (0)

Por vezes, enviamos informações por e-mail para familiares, e não diretamente para o utente, o que pode comprometer a privacidade.

Médico 06: 3 - 3 (0)

A introdução dos quiosques tem facilitado muito o processo de identificação. Agora, quando o utente chega e se identifica, os dados aparecem no ecrã, evitando que seja chamado pelo nome e garantindo mais privacidade e organização.

Assistente Técnico 05: 4 - 4 (0)

Há também pequenas falhas na privacidade: por exemplo, entrarem na sala com a camisola do doente levantada ou sem puxar a cortina.

Médico 05: 8 - 8 (0)

Comunicação e envolvimento do utente > Literacia para a segurança > envolvimento dos utentes no cuidado

OS consentimentos informados, há locais onde nem sempre se faz, mas aqui temos esse cuidado. Nunca percebi que algo não estivesse a ser cumprido.

Médico 05: 10 - 10 (0)

Outro ponto é partilhar boas práticas entre unidades. Depois da acreditação, houve mais sensibilização para a cultura de segurança. É essencial generalizar as boas práticas, mas também envolver os utentes.

Médico 7: 25 - 25 (0)

Precisamos promover literacia em segurança do doente — ensinar os utentes sobre medicação, sinais de alarme, tratamento e autocuidados. Isso também é segurança. E devemos dar-lhes feedback sobre o que a unidade faz nessa área — protocolos, manuais, e canais para reclamações, incluindo QR codes na sala de espera. Poderia haver inquéritos mensais ou bimestrais sobre segurança, de fácil acesso.

Médico 7: 26 - 26 (0)