

A FAMÍLIA E A SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO: REFERÊNCIAS CONCEPTUAIS

Tânia Sofia Pereira Correia¹;

Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto politécnico de Viseu (ESSV-IPV), Viseu, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8160-5698>

Maria Manuela Ferreira Pereira Silva Martins²;

Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Porto, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-1527-9940>

Fernando Margalho Barroso³;

Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), Setúbal, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-8747-3657>

Olga Maria Sousa Valentim⁴.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), CIDNUR, Lisboa, Portugal; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR); Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS&RISE), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

RESUMO: Dados atualizados sobre segurança do doente continuam a ser alarmantes pelo que o tema tem sido amplamente estudado. Entre as recomendações para a melhoria da segurança em saúde, surge a centralização dos cuidados de saúde na pessoa e família com um maior envolvimento dos mesmos neste processo. Neste âmbito, pelo seu posicionamento e responsabilidades ao nível hospitalar, a Enfermagem tem o potencial de desempenhar um papel preponderante neste âmbito. Deste modo, o objetivo deste estudo é conhecer os modelos teóricos que contribuem para os cuidados hospitalares seguros na presença da família. Para dar resposta a este objetivo desenvolveu-se um estudo de revisão bibliográfica narrativa de natureza qualitativa e descritiva. Selecionaram-se quatro referenciais teóricos que dão resposta aos eixos da gestão, da segurança e do cuidado à família: Modelo de risco do “Queijo Suíço”, Ciclo de Deming, Modelo da Parceria de Cuidados e o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa e Família. É de suma importância recorrer aos referenciais teóricos para uma prática sustentada de cuidados hospitalares centrados na pessoa e família com vista a segurança do doente. Aplicados de forma integrada, irão dar estrutura e fundamentação para a implementação eficaz de boas práticas e investigação futura na área dos cuidados seguros centrados na pessoa e família.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem de família. Hospitalização. Segurança do doente.

THE FAMILY AND SAFETY OF THE HOSPITALIZED PATIENT: CONCEPTUAL REFERENCES

ABSTRACT: Updated data on patient safety continues to be alarming and the topic has been widely studied. Among the recommendations for improving health security, there is the centralization of health care on the person and family with greater involvement of them in this process. In this context, due to its positioning and responsibilities at hospital level, Nursing has the potential to play a preponderant role in this area. Therefore, the objective of this study is to understand the theoretical models that contribute to safe hospital care in the presence of the family. To respond to this objective, a narrative bibliographic review study of a qualitative and descriptive nature was developed. Four theoretical references were selected that respond to the axes of management, security and family care: “Swiss Cheese” risk model, Deming Cycle, Care Partnership Model and the Person and Family Centered Care Model. It is extremely important to use theoretical references for a sustained practice of hospital care centered on the person and family with a view to patient safety. Applied in an integrated way, they will provide structure and foundation for the effective implementation of good practices and future research in the area of safe person- and family-centered care.

KEY-WORDS: Family nursing. Hospitalization. Patient safety.

INTRODUÇÃO

A publicação do relatório “To err is human: building a safer health care system” pelo Institute Of Medicine (IOM) em 2000 representa um marco na abordagem da segurança do doente e destaca os desafios e as oportunidades para melhorar a segurança nos cuidados de saúde. Assim, promoveu um maior interesse no tema ao revelar grande número de eventos adversos que decorrem dos cuidados de saúde, muitos dos quais resultando em lesões ou mortes evitáveis, e nos problemas evidentes dos sistemas que deveriam evitá-los (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). Dado o impacto destes dados, em 2004, em resposta à Resolução 55.18 da Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fundou a Aliança Mundial para a Segurança do Doente, renomeada como Segurança do Doente da OMS em 2009, com o objetivo de mobilizar países, organizações e profissionais de saúde para melhorar a segurança do paciente em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Ainda assim, os dados atuais disponíveis revelam que todos os anos há um número inaceitável de pessoas que sofrem erros em saúde ou que morrem devido à insegurança e baixa qualidade dos cuidados de saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 1 em cada 10 clientes é vítima de erros resultantes do processo de prestação de cuidados, dos quais, pelo menos 50% são considerados evitáveis (JHA; LARIZGOITIA; AUDERA-LOPEZ; PRASOPA-PLAIZIER *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Desses erros, 1/3 causam danos ligeiros a moderados e 5% causam danos graves (WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY, 2008). Evidências disponíveis sugerem que ocorrem anualmente 134 milhões de eventos adversos devido a insegurança dos cuidados de saúde em hospitais de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, contribuindo para 2,6 milhões de mortes no mesmo período (The National Academies Press, 2018 cit.

por WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Estes erros são responsáveis por bilhões de euros de prejuízo nos sistemas de saúde em todo o mundo e 15% da atividade e do financiamento hospitalar são consumidos em consequência de complicações resultantes de erros nos cuidados de saúde (SLAWOMIRSKI; AURAAEN; KLAZINGA, 2017).

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

A melhoria da qualidade e segurança dos cuidados é um foco transversal para os gestores, profissionais de saúde, políticos e clientes dos serviços de saúde (SCHENK; BRYANT; VAN SON; ODOM-MARYON, 2018). Contudo, apesar dos esforços contínuos para melhorar a segurança nos hospitais, os danos causados nos cuidados, nomeadamente no contexto hospitalar, persistem (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017; NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2015; SCHENK; BRYANT; VAN SON; ODOM-MARYON, 2018).

Entre as estratégias identificadas para promover a segurança do doente surge a recomendação de envolver o próprio e a família no processo (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Estudos e experiências mostram cada vez mais que quando os administradores de serviços de saúde, prestadores de cuidados, clientes e familiares trabalham de forma coordenada, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde melhoram, os custos reduzem e a satisfação do profissional e do paciente aumenta (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017).

Estudos realizados acerca da atitude dos enfermeiros em diferentes contextos de cuidados hospitalares, sobre a importância da inclusão da família nos cuidados de Enfermagem, referem que os enfermeiros aceitam a presença da família, sobretudo no acolhimento e na alta, referem que é em situações de estado crítico ou morte que os enfermeiros permitem a permanência das famílias para além das regras da instituição; alegam ainda a necessidade de melhores condições de assistência para o desenvolvimento de estratégias da preservação do cliente no seu todo. Os dados revelam ainda que os enfermeiros demonstram um elevado grau de concordância sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem (FERNANDES; GOMES; MARTINS; GOMES et al., 2015; MARTINS, 2004).

Do ponto de vista institucional, nos últimos anos tem-se verificado uma crescente abertura dos hospitais à família e uma maior atenção com a humanização dos serviços de saúde (DIBAI; CADE, 2009). Com o objetivo de promover a ideia de que clientes e famílias podem ser verdadeiros parceiros no cuidado, algumas organizações de saúde recomendam adotar políticas de visitas abertas. Consideram um passo essencial nessa mudança de

cultura que envolve a abertura à presença da família e seu envolvimento no cuidado do paciente (BÉLANGER; BUSSIÈRES; RAINVILLE; COULOMBE et al., 2017).

Apesar do aumento de satisfação dos utentes perante estas medidas, do suporte teórico desenvolvido nesse sentido e das orientações institucionais, constata-se que a prestação de cuidados de enfermagem ainda está centrada no doente e baseada no modelo biomédico e que a família não é vista como alvo de cuidados (MARTINS; MARTINHO; FERREIRA; BARBIERI FIGUEIREDO et al., 2010; OLIVEIRA; FERNANDES; VILAR; FIGUEIREDO et al., 2011; SCHENK; BRYANT; VAN SON; ODOM-MARYON, 2018). Verifica-se que, embora os enfermeiros reconheçam a importância da parceria com as famílias, nem sempre isso se traduz na prática de enfermagem (MARTINS; MARTINHO; FERREIRA; BARBIERI FIGUEIREDO et al., 2010).

Do ponto de vista da segurança, um estudo qualitativo que explorou as percepções e atitudes de pacientes, familiares, enfermeiros, médicos, farmacêuticos e fisioterapeutas em dois hospitais dos Estados Unidos da América, sobre o envolvimento do cliente e família na redução de danos evitáveis e riscos de segurança no hospital, refere que, para estes, a presença da família aumenta a segurança, que o envolvimento ativo de clientes e famílias representa uma oportunidade significativa para reduzir os riscos e danos, que a comunicação é essencial mas que os familiares não se sentem ouvidos. Este estudo conclui que com o aumento da complexidade dos cuidados, aumenta a necessidade de uma parceria com pacientes e familiares de forma mais intencional para ampliar a segurança e que o envolvimento do cliente/família na redução de erros em saúde oferece soluções potenciais. (SCHENK; BRYANT; VAN SON; ODOM-MARYON, 2018).

Contudo, alguns profissionais veem a presença de famílias e visitas como um obstáculo à prestação de cuidados, um motivo para temer o aumento das cargas de trabalho e um risco para a segurança do cliente (BÉLANGER; BUSSIÈRES; RAINVILLE; COULOMBE et al., 2017; CORREIA, 2017).

Em suma verifica-se que subsistem algumas opiniões antagónicas por parte dos profissionais de saúde e enfermeiros quanto ao valor dado ao envolvimento da família nos cuidados prestados o que se reflete na prática de cuidados (MARTINS; MARTINHO; FERREIRA; BARBIERI FIGUEIREDO et al., 2010). De acordo com o que foi previamente exposto, em teoria a presença e envolvimento da família no cuidado ao cliente hospitalizado é reconhecida como necessária e potencialmente protetora no âmbito da segurança. Ainda assim, verifica-se que em momentos de implementação de medidas concretas, como o caso do alargamento do horário de visitas, os profissionais de saúde apresentam resistência a esta mudança alegando riscos para a segurança de clientes e profissionais. Assim, o objetivo deste estudo é conhecer os modelos teóricos que contribuem para os cuidados hospitalares seguros na presença da família.

METODOLOGIA

Este é um estudo de abordagem qualitativa, quanto aos objetivos é descritiva e quanto aos procedimentos trata-se de uma pesquisa bibliográfica pelo que se constitui uma revisão narrativa da literatura. Esta metodologia constitui uma modalidade de estudo e investigação abrangente que permite descrever e discutir o estado da arte de um determinado tema, nomeadamente do ponto de vista teórico (ROTHER, 2007).

Partindo da estrutura metodológica apresentanda, procedeu-se a uma exploração bibliográfica alargada em bases de dados: SciELO (Scientific Eletronic Library Online/ Biblioteca Eletrônica Científica Online) e fontes bibliográficas.

Os descritores utilizados na pesquisa foram: Segurança do doente; Enfermagem de Família; Gestão do risco; Qualidade dos cuidados.

Foram incluídos todos os estudos e documentos que identificam referenciais teóricos que se enquadram o tema deste estudo e sem limite temporal.

RESULTADOS

Após análise e sistematização dos documentos selecionados, identificaram-se quatro referenciais teóricos que apresentamos de seguida (quadro 1).

Quadro 1 – resultados: referenciais teóricos

Referencial teórico	Autor(ano)	país
Modelo de risco do “Queijo Suíço”	James Reason (2001)	Reino Unido
Ciclo de Deming	Deming (2000)	Estados Unidos da América
Modelo da Parceria de Cuidados	Christensen (1993)	Reino Unido
Cuidados Centrados na Pessoa e Família	Institute for Patient and family Centered Care (2013)	Estados Unidos da América

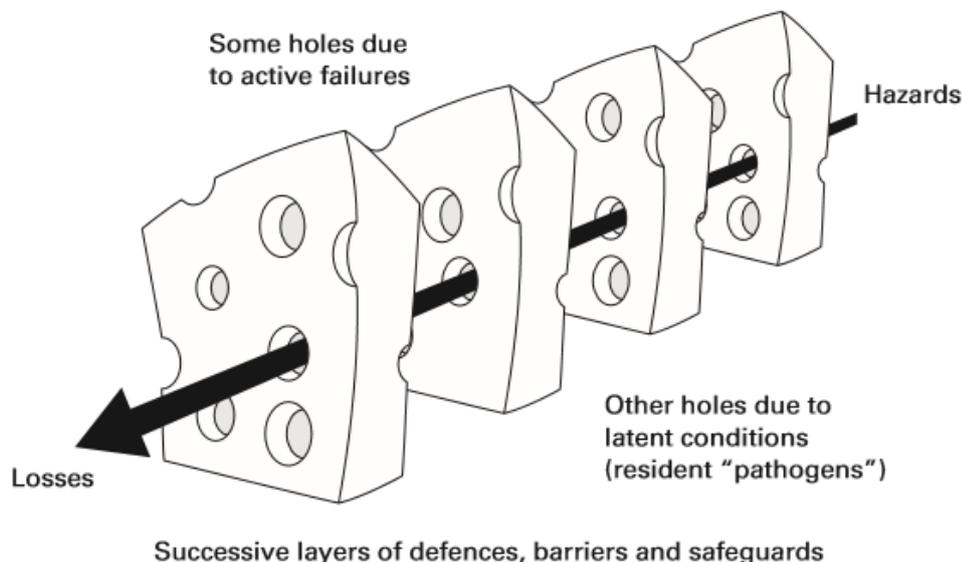
DISCUSSÃO

A complexidade do tema em análise justifica a inclusão de quatro diferentes referenciais teóricos que dão resposta aos eixos da gestão, da segurança e do cuidado à família. Evidencia-se a origem destes referenciais nos Estados Unidos da América e Reino Unido, o que poderá constituir um reflexo de uma maior evolução no que concerne a cuidados à família e segurança em meio hospitalar.

No tema da segurança é essencial a análise dos mecanismos que concorrem para a causalidade do erro. James REASON (2000) desenvolveu o modelo do queijo suíço (Fig. 1) para explicar a dinâmica das falhas de um sistema. Considera que os sistemas contêm múltiplas camadas de defesa (barreiras - fatias de queijo), como equipamentos, pessoas ou tecnologias, que estão posicionadas intencionalmente para evitar o erro e, ocasionalmente, surgem falhas (buracos nas fatias de queijo suíço) em todas as camadas que podem alinhar-se, permitindo que um evento indesejado ocorra. Estas falhas são dinâmicas pelo que abrem e fecham em diferentes localizações. A existência de falhas isoladas não implica

necessariamente a ocorrência de erro. Ao considerar este modelo explicativo do mecanismo do erro, a gestão do risco tende a tornar-se mais proactiva (REASON, 2000; REASON; CARTHEY; LEVAL, 2001).

Figura 1 - Modelo de risco do “Queijo Suíço” de James Reason



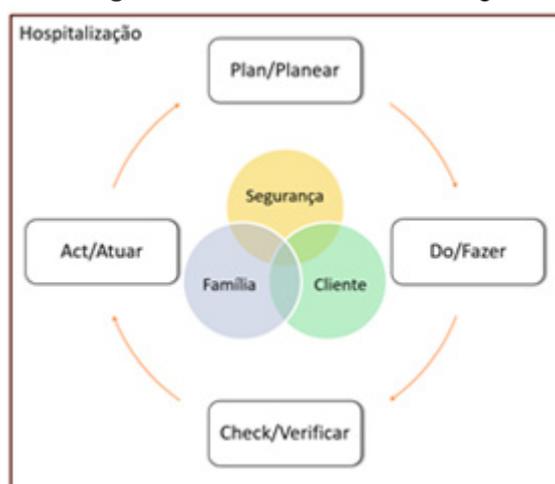
Fonte: REASON; CARTHEY e LEVAL (2001)

O mesmo autor caracterizou duas abordagens distintas perante o erro: a abordagem individual e a abordagem sistémica. Cada uma deriva de modelos de causalidade diferentes e, conseqüentemente, filosofias de gestão também diferentes (REASON, 2000). A abordagem individual responsabiliza pelo erro os profissionais periféricos do processo de prestação de cuidados, os que prestam cuidados diretos aos doentes. Cada evento de segurança é avaliado separadamente e fundamenta-se na ideia de que cada individuo tem liberdade de escolha entre atitudes seguras ou inseguras e que a ocorrência de erros resultam de realizações mentais anómalas como a negligência, descuido, irreflexão, desmotivação, ou esquecimento (REASON, 2000). No paradigma sistémico há o reconhecimento de que errar é próprio do ser humano, que este são falíveis e conseqüentemente considera a probabilidade destes ocorrerem. Além de identificar o erro como uma consequência e não a causa, admite que os fatores que influenciam a segurança são de natureza sistémica e estão a montante do erro. Ao considerar que as limitações humanas não podem ser alteradas, elegem como foco de atuação as condições e processos de trabalho no sentido de os melhorar e assim evitar o erro (REASON, 2000). O estudo realizado com enfermeiros gestores de um hospital português evidencia que estes estão em processo de mudança de abordagem entre uma visão individual do erro e a visão sistémica do mesmo mas é reconhecida a dificuldade nessa mudança de atitude. (CORREIA; MARTINS; FORTE, 2017).

Além de conhecer a dinâmica do erro, para que seja possível perseguir os melhores níveis de segurança em saúde é inevitável que sejam implementadas nas organizações modelos de gestão, avaliação e monitorização que concorram para esse fim. Conhecida

a estreita relação entre segurança e qualidade, vários autores têm aplicado modelos de avaliação da qualidade no âmbito da segurança (SOUSA, 2006). William Deming apresentou um modelo de gestão de melhoria contínua da qualidade, o Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act- Planear, Fazer, Verificar, Atuar), também conhecido por Ciclo de Deming (Fig. 2). Tal como a denominação do modelo expõe, inclui quatro etapas que se reproduzem de forma cíclica no sentido de repensar o desempenho organizacional de forma contínua (DEMING, 2000). A primeira etapa do processo é “Plan” (planear) envolve a colheita e o estudo de dados, definição de objetivos, planos de ação e processos para os atingir no respeito pela natureza da organização; a etapa seguinte é “Do” (fazer) compreende a execução das atividades e processos planeados previamente; a terceira etapa é “Check” (verificar) implica a avaliação e monitorização dos processos, sua eficácia e resultados considerando os objetivos, natureza e políticas organizativas intrínsecas (ANTÓNIO; TEIXEIRA, 2007). No âmbito da saúde, o INSTITUTE OF MEDICINE (2000), apontou os processos e condições organizacionais como umas das maiores causas da ocorrência de erros em saúde.

Fig. 2 - Ciclo de PDCA de Deming



Fonte: Adaptado de ANTÓNIO e TEIXEIRA (2007)

O alcance de cuidados de saúde mais seguros exige liderança global, esforços concertados e um compromisso de aprender com os erros e as experiências dos doentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Entre as estratégias identificadas para promover a segurança está a recomendação de centrar os cuidados na pessoa e envolver o próprio e a família no processo (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Desta forma, “ao colocar no centro o cliente e a sua família, obriga a reinventar o sistema de saúde (e a própria lógica de investigação) numa perspetiva cada vez mais baseada em aspetos de cidadania e de ganhos em saúde.” (SOUSA; UVA; SERRANHEIRA, 2010, p. 94). Esta recomendação está alicerçada no facto de o cliente e a família serem os únicos que estão presentes continuamente em todo o processo de prestação de cuidados e na noção de que, quando envolvidos e capacitados, podem ser fundamentais para cuidados de saúde seguros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). São, por isso, fonte de informação

indispensável sobre falhas do sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). A centralidade dos cuidados no cliente e na família é uma abordagem para o planejamento, implementação e avaliação dos cuidados com a saúde, fundamentada em parcerias que se pretendem mutuamente benéficas entre clientes, familiares e profissionais de saúde. Essas parcerias, nos níveis clínico, estratégico e político, acredita-se que sejam essenciais para assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A Parceria de Cuidados tem a sua gênese no cuidado pediátrico humanizado e centrado na família. O reconhecimento da necessidade da prestação de cuidados de enfermagem centrada na família, com um envolvimento efetivo dos pais nos cuidados à criança, foi concretizado por Anne Casey no desenvolvimento do Modelo de Parceria de Cuidados que pressupõe uma cooperação em parceria entre a família e as equipas de saúde no planejamento, execução e monitorização dos cuidados de saúde à criança (CASEY, 1995).

No âmbito da prestação de cuidados de Enfermagem de adultos, Judith CHRISTENSEN (1993), desenvolveu o modelo da Parceria na Enfermagem, constituindo-se como a única teoria de Enfermagem que considera o cliente e o enfermeiro no mesmo plano de relevância no contexto dos cuidados (Watson, 1992 cit. por MARTINS, 2004). Nesta perspetiva a parceria de cuidados ocorre quando o enfermeiro proporciona cuidados diferenciados à pessoa que vive uma situação de saúde/doença e engloba três elementos fundamentais que se inter-relacionam: Passagem, Trabalho Mútuo e o Contexto (CHRISTENSEN, 1993).

A Passagem é o processo social de experiências de mudança significativa nas circunstâncias da pessoa. No contexto de cuidados de saúde, a pessoa embarca numa passagem caracterizada por trocas com o enfermeiro no sentido de otimizar o processo de saúde/doença como é o caso do internamento hospitalar. Nesta passagem a pessoa que passa pela experiência é o passageiro e o enfermeiro, que facilita e atua nesta passagem, é o agente. O enfermeiro quando atua como agente proporciona mudanças nas circunstâncias da pessoa com o objetivo final de que a passagem seja benéfica. Esta é caracterizada por uma forte dimensão temporal com curso bem definido do início ao fim. Inicia-se antes da admissão hospitalar, progride a partir da admissão onde a autora (CHRISTENSEN, 1993) descreve 3 fases que podem ocorrer em simultâneo numa progressão complexa e não linear: Entrada para a Parceria de Enfermagem, Negociação da Parceria e Regresso a Casa. A Entrada para a Parceria de Enfermagem é o período de transição caracterizado pelo afastamento do prévio e integração no atual. Na Negociação da Parceria há trabalho colaborativo entre o enfermeiro e o cliente para mitigar o impacto da hospitalização que termina com o fim da parceria e/ou o Regresso a Casa (CHRISTENSEN, 1993).

O Trabalho Mútuo representa o padrão de interação e de trabalho em parceria entre a pessoa e o enfermeiro para a evolução da pessoa e sucesso da passagem. O trabalho mútuo implica a conceção de que a pessoa tem um papel ativo e de envolvimento no processo. O modelo conceptualiza a relação como unidirecional porque o trabalho de

ambos é orientado para a situação da própria pessoa alvo de cuidados. A implementação fundamentada deste modelo teórico na prática clínica, permite numa primeira avaliação identificar os acontecimentos em determinado ponto de passagem, definir estratégias facilitadoras passagem. Esta colaboração além de se estabelecer com o cliente, também pode ser estabelecida com familiares ou pessoa significativa. Cada momento da parceria é designado por episódio e estes sucedem-se com complexidade crescente (CHRISTENSEN, 1993).

O último elemento deste modelo é o Contexto, este considera três determinantes contextuais que influenciam a natureza da parceria entre enfermeiro e pessoa: a Continuidade Episódica, a Intimidade Anónima e a Benevolência Mútua (CHRISTENSEN, 1993).

A Continuidade Episódica reconhece a enfermagem como um processo contínuo de cuidados com enfermeiros diferentes ao longo do tempo (CHRISTENSEN, 1993).

A Intimidade Anónima descreve que na relação entre cliente e enfermeiro, o último tem acesso à intimidade do cliente principalmente pela natureza da sua função. Por outro lado, há um conjunto de enfermeiros diferentes na prestação de cuidados ao mesmo utente pela rotatividade nas vinte e quatro horas nos sete dias da semana da equipa de enfermagem, o que, em certa medida, confere algum grau de anonimato a estes profissionais. Desta forma, é essencial que os enfermeiros trabalhem coordenadamente em equipa na tomada de decisão (CHRISTENSEN, 1993).

Por fim a Benevolência Mútua identifica a boa vontade na relação de parceria entre enfermeiro e pessoa durante a passagem. Os clientes consideram os enfermeiros como um recurso de suporte, apoio e ajuda, uma presença pelo que os enfermeiros valorizados e reconhecidos com gratidão. Para os enfermeiros a benevolência é a característica basilar numa profissão motivada pelo altruísmo em que as intervenções são fundamentadas em conhecimento e competências específicas que se operam com base na compaixão. Estes aspetos não se coadunam com uma relação de poder pelo que, nesta relação de parceria, a benevolência é mútua. (CHRISTENSEN, 1993).

Este modelo apresenta uma parceria de cuidados em enfermagem que se desenvolve em colaboração entre enfermeiro e pessoa/família ao longo de diferentes fases e em que cada fase cada um tem trabalho a desenvolver como contributo para a passagem efetiva da pessoa (Fig. 3)(CHRISTENSEN, 1993).

Fig. 3 Modelo da Parceria de Enfermagem



Fonte: Adaptado de CHRISTENSEN (1993)

Em suma, os modelos teóricos apresentados dão sustentabilidade para o desenvolvimento de práticas de gestão e de cuidados de saúde em meio hospitalar, em parceria com a família para a segurança do doente.

CONCLUSÃO

Para uma prática sustentada de cuidados hospitalares centrados na pessoa e família com vista a segurança do doente, é importante recorrer aos referenciais teóricos da área. Seleccionamos os referenciais que deram resposta aos eixos da gestão do risco, segurança do doente e cuidados à família em meio hospitalar. Aplicados de forma integrada, irão dar estrutura e fundamentação para boas práticas e investigação futura na área.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- ANTÓNIO, N. S.; TEIXEIRA, A. **Gestão da qualidade : de Deming ao modelo de excelência da EFQM**. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. 978-972-618-447-8.
- BÉLANGER, L.; BUSSIÈRES, S.; RAINVILLE, F.; COULOMBE, M. *et al.* Hospital visiting policies – impacts on patients, families and staff: A review of the literature to inform decision making. **Journal of Hospital Administration**, 6, n. 6, p. 51-62, 2017.
- CASEY, A. Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. **Journal of Advanced Nursing**, 22, p. 1058-1062, 1995.
- CHRISTENSEN, J. **Nursing Partnership: A Model for Nursing Practice**. Londres, Reino Unido: Churchill Livingstone, 1993. 0-443-04934-3.
- CORREIA, T.; MARTINS, M.; FORTE, E. Processos desenvolvidos por gestores de

enfermagem face ao erro. **Revista de Enfermagem Referência**, IV Série, n. 12, p. 75-84, 2017.

CORREIA, T. S. P. **Safety in Health Services: Management Processes**. 2017. 123 f. (Mestrado) - Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18945>.

DEMING, W. E. **Out of the Crisis - Reprint Edition**. Reprint ed. USA: The MIT Press, 2000. 9780262541152.

DIBAI, M. B. S.; CADE, N. V. Experience of patient's companion at a hospital institution **Revista Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, 17, p. 86-90, 2009.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. DGS. Lisboa. 2011.

FERNANDES, C.; GOMES, J.; MARTINS, M.; GOMES, B. *et al.* A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. **Revista de Enfermagem Referência**, IV Série, n. 7, p. 21-30, 2015.

INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE. **Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals- How to Get Started**. Bethesda, MD, USA: Institute for Patient- and Family-Centered Care Janeiro 2017. 22 p.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Institute Of medicine. Washington, D.C., p. 312. 2000.

JHA, A. K.; LARIZGOITIA, I.; AUDERA-LOPEZ, C.; PRASOPA-PLAIZIER, N. *et al.* The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **British Medical Journal Quality & Safety** 22, n. 10, p. 809-815, Oct 2013.

MARTINS, M. M.; MARTINHO, M. J.; FERREIRA, M. R.; BARBIERI FIGUEIREDO, M. C. *et al.* Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. *In*: NÚCLEO DE INVESTIGAÇÃO DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA (Ed.). **Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2010. p. 20-33.

MARTINS, M. M. F. P. d. S. **O adulto doente e a família uma parceria de cuidados** Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto Porto, p. 523. 2004.

NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement - Fifteen Years after To Err Is Human**. National Patient Safety Foundation. Boston, States United of America. 2015.

OLIVEIRA, P.; FERNANDES, H.; VILAR, A. I.; FIGUEIREDO, M. H. *et al.* Attitudes of nurses towards families: validation of the scale Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo**, 45, p. 1331-1337, 2011.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal** 320, n. 7237, p. 768-770, Mar 18 2000.

REASON, J. T.; CARTHEY, J.; LEVAL, M. R. iagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to eVective risk management. **Quality in Health Care**, II, 10, p. ii21-

ii25, 2001.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X Revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SCHENK, E. C.; BRYANT, R. A.; VAN SON, C. R.; ODOM-MARYON, T. Perspectives on Patient and Family Engagement With Reduction in Harm: The Forgotten Voice. **Journal of Nursing Care Quality** 34, n. 1, p. 73-79, Jan/Mar 2018.

SLAWOMIRSKI, L.; AURAAEN, A.; KLAZINGA, N. **The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level.** Organisation for Economic Co-operation and Development,. Paris, France: Março, p. 63. 2017.

SOUSA, P.; UVA, A. S.; SERRANHEIRA, F. Investigação e inovação em segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 10, p. 89-95, 2010.

SOUSA, P. J. S. Patient Safety, A Necessidade de uma Estratégia Nacional. . **Acta Médica Portuguesa** 19, n. Qualidade e Saúde, p. 309-318, 2006.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. **Summary of the evidence on patient safety:implications for research.** World Health Organization. Geneve, Switzerland. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patients for Patient Safety: Partnerships for Safer Health Care.** WHO. Geneve, Switzerland, p. 11. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety: Making health care safer.** WHO. Geneve, Switzerland, p. 18. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient safety: Global action on patient safety.** WHO. Geneve, Switzerland, p. 8. 2018.