

A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO DA LITERATURA
THE SAFETY AND QUALITY OF CARE: LITERATURE REVISION

Cláudia Brás^{1,2}
Manuela Ferreira³

¹Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar Universitário Coimbra

²Doutorada Universidade do Porto

³Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viseu

RESUMO**INTRODUÇÃO**

A segurança é um princípio fundamental nos cuidados prestados e exige um complexo sistema de sinergias e um amplo leque de ações para a melhoria da qualidade. É indiscutível que a ocorrência de erros cria uma preocupação constante para os profissionais, sendo primordial fomentar uma cultura de segurança.

OBJETIVO

Identificar os fatores determinantes na segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão da literatura, utilizando descritores “Segurança do doente”, “Cultura de Segurança”, “Enfermagem”, “Qualidade dos Cuidados”, emergindo 309 artigos. Efetuou-se uma pesquisa na PubMed, SciELO, Web of Science, com artigos publicados entre janeiro de 2010 e março de 2016. Foram selecionados 11 artigos que respondiam à questão de investigação “Quais os fatores determinantes da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem?”.

RESULTADOS

Dos 11 artigos selecionados emergiram duas temáticas: a consciencialização do erro e a criação de uma cultura de segurança nas organizações. Os Enfermeiros consideraram a notificação do erro como punitiva e estigmatizante, causadora da baixa frequência de relato ou notificação. Dos participantes, 95% notificaram menos do que dois eventos nos últimos doze meses, sendo que, uma larga maioria (80%) não procedeu a qualquer notificação.

CONCLUSÕES

Os resultados evidenciam que a ocorrência de erros constitui uma ameaça à qualidade dos cuidados e segurança dos utentes, contudo, a consciencialização dos riscos e a aplicação de medidas para o desenvolvimento de uma cultura de segurança contribui para a diminuição da frequência e severidade dos erros nas instituições de saúde.

A consciencialização de que os erros só podem ser prevenidos se falarmos abertamente sobre eles implica a existência de sistemas de comunicação de incidentes, bem como capacitar os profissionais para a consciencialização do erro e suas implicações. Implementar uma cultura de segurança que contemple um ambiente livre de culpa, com notificação do erro e discussão aberta sobre os mesmos, fomentando uma cultura de comunicação e gestão do conhecimento e de aprendizagem em torno do erro, assume-se como pilar relevante de práticas assistenciais de qualidade.

PALAVRAS CHAVE

Segurança do doente; Cultura de Segurança; Enfermagem; Qualidade dos Cuidados

A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO DA LITERATURA

ABSTRACT

INTRODUCTION

Security is a fundamental principle of the provided care and requires a complex system of synergies and a broad range of actions to improve quality. It is undeniable that the occurrence of mistakes create a constant concern for professionals, making it essential to promote a culture of safety.

OBJETIVE

To identify the determining factors of safety and quality of nursing care.

METHODS

Recognize the determinants to the safety and quality of nursing care. We made a literature review, from the descriptors "Patient Safety", "Safety Culture", "Nursing", "Quality of Care", having emerged 309 articles. They selected 11 articles that answered the research question "What are the factors determinants to the safety and quality of nursing care?"

INTRODUÇÃO

A complexidade dos cuidados de saúde, a cultura da organização e o ambiente possibilita a inevitabilidade do erro. A evidência tem-nos demonstrado que os erros são uma constante da prática de cuidados de saúde, ocorrendo em qualquer fase do processo de cuidados.

Os cuidados de saúde aos doentes possuem em si riscos de danos, os quais podem ser evitáveis e diminuídos para um mínimo aceitável. Segundo documentos de referência a nível internacional cerca de 50% dos incidentes notificados são evitáveis.

As consequências da falta de segurança do doente implicam claramente uma perda de confiança nas organizações de saúde e nos seus profissionais, com consequente deterioração das relações entre estes e os utentes e aumento dos custos, sociais e económicos. Estas consequências implicam um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados e por conseguinte, todos os profissionais que prestam cuidados devem ser envolvidos numa cultura de segurança justa e aberta, conscientes do seu papel, onde possam aprender com os erros e corrigi-los. É premente evoluir de uma cultura de culpabilização para uma cultura de

RESULTS

Of the selected 11 papers two themes emerged: awareness of the error and the creation of a safety culture among organizations. Nurses considered the error notification as punitive and stigmatizing, causing the low frequency of reporting or notification. 95% of the participants reported less than two events in the last twelve months, and the large majority (80%) did not carry out any notification.

CONCLUSIONS

The results show that errors are a threat to the quality of care and the safety of care users. However, awareness of the risks and the implementation of measures for the development of a safety culture lead to the reduction of errors' frequency and severity in health institutions.

The awareness that mistakes can only be prevented if we talk openly about them, implies the existence of an incident reporting system and a the concern of professionals to raise awareness of the error and its implications.

To implement a safety culture involving a guilt-free environment, with error reporting and open discussion, fostering a culture of communication and knowledge management and learning around the error, it is assumed to be important pillar of welfare quality practices.

KEYWORDS

Patient Safety; Safety Culture; Nursing; Quality of Care

identificação das causas dos efeitos adversos nos cuidados de saúde.

A mudança de cultura no sistema de saúde depende da responsabilidade institucional, das respostas organizadas em cuidados de saúde, mas sobretudo do envolvimento dos diferentes colaboradores e dos cuidados centrados no utente. A segurança nos cuidados, tal como a qualidade, é um dever multiprofissional e de aplicação peculiar a cada contexto de exercício, o que exige o empenhamento de todos os profissionais. Através de abordagens de carácter multidisciplinar e interdisciplinar será possível transformar as organizações de saúde incutindo os valores de melhoria contínua da qualidade. É dentro deste contexto que se insere o desafio de identificar os fatores determinantes na segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem para efetuar mudanças que garantam o bem-estar do cidadão e da sociedade.

A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO DA LITERATURA

MÉTODOS

Utilizámos uma revisão narrativa da literatura, definida como o tipo de estudo que permite descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. A revisão narrativa da literatura permite adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica, não exigindo um protocolo rígido para a sua realização, a busca de dados não é pré-determinada e específica³.

Efetou-se uma pesquisa na PubMed, SciELO, Web of Science, cruzando os termos: “Segurança do doente”, “Cultura de Segurança”, “Enfermagem”, “Qualidade dos Cuidados”, de onde emergiram 309 artigos. Após leitura dos títulos foram selecionados 44 artigos, que faziam parte dos critérios para análise. Estabeleceram-se como critérios de inclusão, estudos que respondessem à questão de investigação, publicados entre janeiro de 2010 e março de 2016, disponíveis nos idiomas português e inglês. Foram obtidos 28 artigos, que cumpriam os critérios pré-estabelecidos. Prosseguimos com a organização dos dados, no propósito de reconhecer os temas comuns e com maior evidência. Incluímos no corpo do estudo 11 artigos para uma melhor compreensão do fenómeno em questão.

RESULTADOS

A partir da interpretação dos dados emergiram 2 temáticas: a consciencialização do erro e a criação de uma cultura de segurança nas organizações.

A CONSCIENCIALIZAÇÃO DO ERRO

A prestação de cuidados de saúde pela sua complexidade comporta consequentemente um grau de risco ponderável. A premissa é de que os seres humanos cometem falhas, e que, portanto, erros são esperados. Os erros são consequências, não causas, irão sempre ocorrer e para minimizá-los é necessário aceitar que estes existem. Segundo a Direção Geral da Saúde, os erros, são falhas não intencionais na execução planeada de uma acção ou desenvolvimento incorreto de um plano para atingir um objetivo³. Um erro pode dar origem a um evento adverso, entendido como um dano efetuado por um tratamento médico ou de enfermagem, não pela doença ou pelas condições do estado do doente e que resulta, por vezes, no prolongamento da hospitalização do mesmo⁴.

Sousa et al.⁵ referem que “ as taxas de incidência de eventos adversos em hospitais atingem valores que variam entre 3,7% e os 16,6% (com consequente impacte clínico, económico e social), sendo que dessas a maior fatia (40% a 70%) são considerados preveníveis ou evitáveis” (p.13).

O Instituto de Medicina (IOM) introduz o conceito de que o erro acontece, não por responsabilidade direta de um profissional, mas sim pelo contexto sistémico em que trabalha⁶. Os profissionais de enfermagem num estudo efetuado na Colômbia, referem que

a desorganização, a superlotação do setor de saúde, o barulho, o stress profissional e a excessiva carga de trabalho foram fatores que influenciaram o mau funcionamento do serviço e dificultaram a concentração dos profissionais, propiciando o erro⁷. Num estudo realizado na Catalunha de 2010 a 2013, os principais fatores contribuintes para ocorrência de erros, foram problemas de comunicação, sobrecarga de trabalho e reduzida formação e conhecimento sobre segurança⁸.

Os profissionais de enfermagem são a parte mais flexível e influente de qualquer organização, mas também a mais vulnerável às influências que possam afetar o seu desempenho. Na sua formação não são preparados para lidar com os erros, principalmente porque estes são associados a sentimentos de incapacidade, culpa, vergonha e incompetência, além do medo de sanções legais, éticas e sociais.

É fundamental a consciência de que os erros só podem ser prevenidos se falarmos abertamente sobre eles, no sentido de construirmos sistemas de saúde que prestam cuidados verdadeiramente seguros e de qualidade. Mas para isso é necessário que as instituições, façam uma análise aberta e equilibrada, não punitiva, dos erros que ocorrem, envolvendo os seus colaboradores nas medidas de prevenção dos mesmos⁹. Nas pesquisas efectuadas é patente que o reduzido número de notificações face ao número de eventos estimados, se deve à retração dos profissionais de saúde para relatar o erro, por medo que seja visto como negligência e possa provocar participação e processo disciplinar ou jurídico. Num estudo efetuado, os Enfermeiros consideraram a notificação do erro como punitiva e estigmatizante, causadora da baixa frequência de relato ou notificação. Dos participantes, 95% notificaram menos do que dois eventos nos últimos doze meses, sendo que, uma larga maioria (80%) não procedeu a qualquer notificação¹⁰.

Segundo Oliva et al.⁸ é premente a implementação de sistemas de comunicação de incidentes, pois esta estratégia conduz a respostas construtivas, dissemina informação, permitindo criar mudanças e propor soluções para promover uma cultura de segurança do doente.

CRIAÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA NAS ORGANIZAÇÕES

A cultura de segurança varia de organização para organização, dado que deriva do comportamento individual de cada profissional, bem como das políticas de segurança que são originadas dentro das organizações. Toda organização possui uma cultura própria, com os seus valores, crenças e princípios¹¹. O primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva numa organização de saúde, é avaliar a sua cultura, como fez autora Margarida Eiras¹² em três hospitais portugueses, utilizando o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality.

Uma cultura de segurança numa organização de saúde, preconiza como princípios: que todos os profissionais aceitem

A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO DA LITERATURA

a responsabilidade ou a segurança deles próprios, dos seus colaboradores, doentes e familiares; a estimulação da comunicação e a resolução de questões de segurança; o incentivo à aprendizagem organizacional com os eventos adversos e o fornecimento de recursos, estruturas e responsabilidades apropriadas para manter sistemas de segurança eficazes³. The Agency for Healthcare Research and Quality, definiu cultura de segurança como o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam a compromisso e o estilo e competência das organizações de saúde¹¹.

Criar uma cultura de segurança é um trabalho árduo e não acontece automaticamente, são processos complexos e morosos. Estes contam sempre com obstáculos como: uma exagerada autoconfiança na formação e na experiência adquirida e o receio de identificação do erro como incompetência¹³⁻¹⁴. Alguns autores referem a necessidade de existirem 3 subcomponentes fundamentais para o desenvolvimento de uma cultura de segurança: a existência de uma cultura de notificação, a existência de uma cultura justa e uma cultura de aprendizagem com os erros³.

Foram identificados em alguns estudos sete subculturas da cultura de segurança do doente: liderança, trabalho em equipa, base na evidência, formação, comunicação e centralidade no doente. Os autores afirmam que a existência de líderes empenhados e um trabalho de equipa com comprometimento de todos os profissionais permitem a criação de estratégias e estruturas que direcionam processos seguros. A evidência também suporta que os resultados que se obtêm nos cuidados aos utentes, se encontram fortemente relacionados com o modo como é organizado o trabalho dos profissionais¹⁵. Se pensarmos na organização do grupo profissional mais numeroso nos hospitais portugueses, os enfermeiros, percebemos que por força das características do seu papel, das competências no seu desempenho profissional, com uma prática baseada na evidência, estes se encontram frequentemente entre processos de tomada de decisão e a execução. Aquilo que os enfermeiros pensam, dizem e fazem influencia em definitivo a cultura de segurança de uma organização.

A formação dos profissionais de saúde é um investimento para fomentar a cultura de segurança, integrando a perspetiva sistémica da gestão do risco e da segurança do doente, contribuindo para uma mudança cultural ou seja, passar da cultura da culpa, para uma cultura não punitiva e incentivadora da notificação do erro e da aprendizagem com o mesmo¹. Outra circunstância relevante para a construção de uma cultura de segurança é a forma como se estabelece a comunicação numa organização. Deve ser utilizada uma linguagem assertiva, estruturada e um o fornecimento de informação atempada e correta aos colaboradores, evitando falhas de informação. Ao longo de vários anos, a Joint Commission tem identificado como causa principal de eventos a comunicação deficiente e novos esforços tem vindo a ser efectuados para melhorar a eficácia da

comunicação¹⁶.

Outra subcultura referida é a centralidade dos cuidados no doente, em que se pretende responder de forma adequada às suas expectativas e incentivando-lo a participar nas decisões sobre os seus cuidados¹⁵.

Num estudo de Eiras¹⁴ conclui-se que a introdução na instituição de um programa de segurança do doente, resultou em mudanças na cultura da organização, particularmente o aumento significativo do número de notificações de incidentes, o que permitiu uma análise e a aprendizagem pelo erro.

CONCLUSÕES

A revisão de literatura efectuada permite-nos concluir que a temática da segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, tem assumido uma crescente preocupação para as organizações de saúde e para os profissionais. A sua principal missão consiste em prestar cuidados baseados na melhor evidência disponível e com qualidade, o que implica a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o utente.

Nos estudos seleccionados verificámos que é fundamental capacitar os profissionais para a consciencialização do erro e suas implicações, disponibilizando informações sobre os riscos à segurança do utente. Outros estudos demonstraram que para promover a segurança do utente é premente implementar uma cultura de segurança que contemple um ambiente livre de culpa, com discussão aberta dos erros, uma cultura de notificação do erro, uma cultura de comunicação e gestão do conhecimento, de aprendizagem em torno do erro, elaborando normas de segurança e colaboração entre equipas.

Refletir sobre as falhas numa instituição de saúde, permite que os profissionais atuem de forma a que esses possíveis acontecimentos não ocorram efetivamente, tornando os cuidados mais seguros desde o acolhimento até à alta, e cuidado seguro é cuidado personalizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa, P. J. S. (2010). Qualidade em Saúde: da Definição de Políticas à Avaliação de Resultados – In Silva, C. A.; Saraiva, M. & Teixeira, A. – A Qualidade Numa Perspetiva Multi e Interdisciplinar - Qualidade e Saúde: Perspetivas e Práticas. Lisboa: Edições Silabo, 2010. ISSN 1647 6263. Nº 1 p.19-31.
2. Cordeiro, A.M, Oliveira, G.M.O., Guimarães, C. A. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. Rev. Col. Bras., v.34, nº6, p.428-31 . Acedido 29 de Maio de 2016, em [http:// www.scielo.br/pdf/rcbc](http://www.scielo.br/pdf/rcbc)

A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS: REVISÃO DA LITERATURA

3. DGS (Direção Geral de Saúde) (2011)- Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente- Relatório Técnico Final. DGS, Lisboa. Tradução da Divisão de Segurança do Doente. Acedido 4 de Março de 2016, em: <http://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=001100150133AAAAAAAAAAAA>
4. Fragata, J. (2011). Segurança dos doentes: Uma abordagem prática. Lisboa: Lidel: Edições Técnicas, Lda.
5. Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Leite, E. & Nunes, C. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. ISBN 978-989-97342-0-3, p.13
6. Fragata, J. I. G. (2010). A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde. *Rev Port Clin Geral*, 26, 564-570.
7. Ramírez O.G, Gutiérrez W.A, Vega L.G., Salamanga J.G., Galeano E.M. & Gámez A.S. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería em Bogotá, Colombia. *Cienc enferm*. XVII(3): 97-111.
8. Oliva, G., Alava, F., Navarro, L., Esquerria, M., Lushchenkova, O., Davins, J., & Valles, R. (2014). Notification of incidents related to patient safety in hospitals in Catalonia, Spain during the period 2010-2013. *Med Clin (Barc)*, 143 Suppl 1, 55-61. doi:10.1016/j.medcli.2014.07.012
9. Gandhi, T. K., Berwick, D. M., & Shojania, K. G. (2016). Patient Safety at the Crossroads. *Jama*, 315(17), 1829-1830. doi:10.1001/jama.2016.1759
10. Fernandes, A. M. M. L., & Queirós, P. J. P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses., *Rev. Enf. Ref.*, III Série(nº 4), 33-48.
11. Santos, R. A., & Rubio, M. (2016). Culture of Safety. In E. Fondahn, T. M. D. F. MD, M. Lane, & A. Vannucci (Eds.) - *Washington Manual of Patient Safety and Quality Improvement* (pp. 123-136). St. Louis - Missouri: Washington University - School of Medicina.
12. Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I. M., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: instrument validity and reliability. *Int J Health Care Qual Assur*, 27(2), 111-122. doi:10.1108/ijhcqa-07-2012-0072
13. Wachter, R.M. (2010). Patient safety at ten: unmistakable progress, troubling gaps. *Health Affairs*. (Millwood).29, p.165-173.
14. Eiras, M. (2011). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia. (Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Políticas e Administração em Saúde), Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
15. Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D., Lackan, N. (2010). What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *J Nurs Sch*, 42 (2), 156-165.
16. Tsao, K., & Browne, M. (2015). Culture of safety: A foundation for patient care. *Semin Pediatr Surg*, 24(6), 283-287. doi:10.1053/j.sempedsurg.2015.08.005