



Artigo de revisão

Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários



Carla Maria Ferreira Guerreiro da Silva Mendes^{a,b,*}
e Fernando Fausto Margalho Barroso^{c,d}

^a Comissão de Qualidade e Segurança/Comissão de Segurança do doente, Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central, Unidade de Saúde Familiar, Lisboa, Portugal

^b Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Lisboa, Portugal

^c Comissão de Qualidade e Segurança do Doente/Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico, Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

^d Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 24 de setembro de 2013

Aceite a 24 de junho de 2014

Palavras-chave:

Cultura de segurança

Segurança do doente

Cuidados de saúde primários

R E S U M O

A qualidade de resposta do sistema de saúde português, na perspetiva do cidadão, está ainda longe de alcançar um nível razoável de satisfação, contribuindo para tal uma deficiente cultura de segurança nos serviços de saúde portugueses e em particular nos cuidados de saúde primários, onde esta temática não tem sido incluída nas prioridades de quem organiza e presta este tipo de cuidados. O presente artigo apresenta uma revisão de literatura sobre o tema da cultura de segurança nas organizações de saúde, fundamentando a pertinência da sua implementação nos cuidados de saúde primários.

© 2013 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Promoting a Culture of Safety in Primary Health Care

A B S T R A C T

The quality of Portuguese health system response from the perspective of the citizen, is still far from achieving a reasonable level of satisfaction, contributing for that a poor safety culture in the Portuguese health services and particularly in primary care where this issue has not been, to date, included in the priorities of those who organizes and provides this type of care. This article presents a review of the literature on the subject of safety culture in healthcare organizations, basing the relevance of its implementation in primary care.

© 2013 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Safety Culture

Patient Safety

Primary Health Care

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: cguerreiriomendes@gmail.com (C. M. F. G. d. S. Mendes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>

0870-9025/© 2013 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

Introdução

O tema da segurança do doente tornou-se, nas últimas 2 décadas, uma questão central nas agendas de muitos países da Europa e um pouco por todo o Mundo. Reconhece-se que a mudança permanente das condições de trabalho (doentes mais complexos, rotação de profissionais, evolução tecnológica permanente), associada a um nível de exigência cada vez maior dos utilizadores do sistema de saúde, pode ameaçar o funcionamento da melhor equipa e a excelência do melhor profissional. Desta forma, os aspetos relacionados com a segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, têm assumido uma crescente preocupação para as organizações de saúde, para os decisores políticos, para os profissionais de saúde, cuja principal missão consiste na prestação de cuidados com elevado nível de efetividade, eficiência e baseados na melhor evidência disponível, como para os utentes e suas famílias que desejam sentir-se confiantes e seguros¹.

Contudo, a investigação em segurança do doente não tem ainda, na opinião de vários autores, a atenção merecida ou desejável. Encontra-se, de uma forma geral, a dar os seus primeiros passos, sendo que, numa grande parte dos países, se caracteriza por ser fragmentada e pouco valorizada²⁻⁴.

Por outro lado, se a maioria das investigações realizadas se têm concentrado nos cuidados hospitalares, a efetividade e a segurança nos cuidados de saúde primários (CSP), onde ocorrem todos os dias milhões de atendimentos na União Europeia (UE)⁵, têm recebido menos atenção⁶, o que torna o escasso conhecimento científico sobre segurança do doente em CSP precioso para a definição, no imediato, de prioridades de intervenção neste contexto.

Para a elaboração deste artigo recorreu-se à consulta e análise de uma extensa literatura nacional e internacional sobre o tema, com o principal objetivo de evidenciar a inevitabilidade de promover uma cultura de segurança nas instituições de saúde em geral e nos CSP em particular.

(In)Segurança do doente: um dos principais problemas de saúde pública do século XXI

A definição de alguns conceitos chave sobre segurança do doente torna-se um importante requisito para uma melhor compreensão sobre o tema, principalmente para quem se está a iniciar nesta área de conhecimento. Com alguma frequência confundem-se ou utilizam-se como sinónimos termos como *incidente*, *erro*, *evento adverso*, que na realidade assumem significados claramente diferentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define *Segurança do Doente* como «a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável»⁷, pois a evidência tem-nos demonstrado que os erros são uma constante da prática de cuidados de saúde e ocorrem em qualquer fase do processo de cuidados. Um *erro* é a «falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano»⁷. São, por definição, não intencionais e podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir

praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução. Um erro pode dar origem a um *incidente*, definido como um «evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente»⁷, assumindo a designação de *incidente com dano* ou *evento adverso*, quando o doente é lesado.

Os eventos adversos podem ser agrupados em ocorrências relacionadas com o profissional, com os procedimentos e com o sistema. Nas ocorrências relacionadas com o profissional encontramos, por exemplo, as quedas do doente, a infeção hospitalar, as úlceras de pressão, os erros de administração de medicação e utilização de equipamentos e materiais. Os exemplos de situações relacionadas com os procedimentos podem ser os mesmos, modificando apenas a forma como é realizada a intervenção, pois o objetivo do procedimento não é corretamente planeado. As ocorrências relacionadas com o sistema dependem de fatores institucionais, organizacionais e dos recursos materiais e equipamentos disponíveis⁸.

Segundo Ashid⁹, provavelmente os eventos adversos são a maior causa de mortalidade e morbilidade em todo o mundo.

As falhas ao nível da segurança do doente podem ter diversas implicações, entre as quais: a perda de confiança por parte dos utentes/doentes nas organizações de saúde e seus profissionais, com consequente degradação das relações entre ambos; o aumento dos custos sociais e económicos, variando a sua dimensão na razão direta dos danos causados e da casuística dos mesmos; e a redução da possibilidade de alcançar os resultados (*outcomes*) esperados/desejados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados^{10,11}.

Destacam-se como principais custos económicos, sociais e pessoais o aumento de dias de internamento, a redução de produtividade, o sofrimento e desgaste emocional para o doente e família e, em última consequência, a morte, como deram a conhecer alguns dados publicados há cerca de 12 anos pelo *Institute of Medicine*, através do relatório «*To err is human: building a safer health care system*». Já nessa altura estimava-se que nos Estados Unidos morriam anualmente entre 44-98 mil americanos devido a danos decorrentes dos cuidados de saúde e não da sua doença, implicando uma elevada percentagem de taxa de mortalidade, comparativamente superior à atribuída ao VIH-Sida, cancro da mama ou acidentes de viação^{12,13}.

Simultaneamente, no Reino Unido, o relatório «*An organization with a memory*» revelava que no serviço nacional de saúde existiam 850.000 eventos adversos por ano, com custos de 2 biliões de dólares em dias de internamento adicionais e que as infeções hospitalares custavam 1 bilião de libras, sendo 15% delas preveníveis¹⁴.

Em Portugal não existem dados disponíveis em relação a esta matéria, no entanto, se se considerar como hipótese que os nossos hospitais têm a mesma fiabilidade dos seus congéneres americanos, seria possível estimar entre 1.300-2.900 mortes anuais em consequência de erros cometidos pelos profissionais de saúde¹⁵.

Por este motivo, tem-se assistido recentemente a um movimento crescente no sentido de valorizar a investigação nesta área (*patient safety research*) e também na necessidade de desenvolver e avaliar o impacto de soluções inovadoras que possam acrescentar valor em termos de ganhos clínicos, sociais e económicos.

De entre os temas prioritários na investigação em segurança do doente destacam-se: o conhecimento epidemiológico (frequência, causas, tipologia e impacto) dos eventos adversos e o desenvolvimento, implementação e avaliação de soluções inovadoras. O objetivo subjacente a essas 2 linhas de investigação consiste em obter conhecimento que possibilite a diminuição do risco e consequentemente potenciar a segurança do doente e, simultaneamente, com base na transferência desse conhecimento monitorizar ações de melhoria e apoiar as tomadas de decisão (política e clínica) a nível local, regional, nacional e internacional.

Segundo a OMS⁶, a evidência sobre segurança do doente, apesar de muito incipiente, está significativamente a contribuir para a crescente compreensão das múltiplas formas em que os cuidados podem vir a ser comprometidos. Não obstante, para prevenir e/ou evitar os eventos adversos é fundamental conhecê-los, antecipá-los e, quando ocorrem, notificá-los, discuti-los, partilhá-los e aprender com eles.

Um dos sistemas mais comuns de informação de segurança baseia-se no relato voluntário e confidencial destas ocorrências ou de qualquer preocupação de segurança detetada no trabalho. Este relato tem como objetivos, por um lado, aumentar a sensibilidade aos erros e riscos inerentes ao tipo e local de trabalho, por outro lado, através da investigação local do incidente e da análise de vários incidentes agregados gerar informação útil para corrigir as fragilidades identificadas¹⁶.

A implementação de um sistema deste tipo implica que as organizações de saúde se norteiem pelos princípios de uma cultura de segurança que torne todas as atividades de cuidado aos utentes/doentes, desde a entrada até à saída do sistema, seguras e redutoras do risco de sofrer eventos adversos¹⁷. Uma cultura de segurança é essencialmente uma cultura onde todos estão conscientes do seu papel e da sua contribuição para a organização e são responsáveis pelas consequências das suas ações.

Considerando o que refere a *Health Consumer Powerhouse*, a qualidade de resposta do sistema de saúde português, na perspetiva do cidadão, está ainda longe de alcançar um nível razoável de satisfação¹⁸, contribuindo para este facto uma deficiente cultura de segurança nos serviços de saúde portugueses e em particular nos CSP, onde esta temática não tem sido, até à data, sistematicamente incluída nas prioridades de quem organiza e presta este tipo de cuidados.

Não podemos continuar na ilusão de que os utentes/doentes deixarão de ser lesados pelos nossos cuidados se nada fizermos por isso. A melhoria da segurança do doente requer inevitavelmente mudança, vontade, esforço, muita persistência, com implicações concretas na prática clínica.

Segurança do doente: a realidade hospitalar e nos cuidados primários de saúde

Os estudos desenvolvidos sobre esta temática têm sido fundamentais para o conhecimento da dimensão, natureza e (em certa medida) do impacto dos eventos adversos em diversos países. Apesar das especificidades destes estudos dificultarem as comparações ou replicações em múltiplos contextos, a verdade é que a maioria apresenta conclusões similares¹⁹.

De acordo com a Comissão das Comunidades Europeias (CCE), na UE 8-12% dos doentes internados são vítimas de eventos adversos, 7,5-10,4% têm reações adversas a fármacos e, destas, 28-56% são evitáveis²⁰.

Uma recente revisão sistemática da literatura sobre a ocorrência de eventos adversos em hospitais de países desenvolvidos⁴ aponta para uma taxa de incidência que varia entre os 3,7 e os 16,6%. Os autores concluíram também que nos doentes em que se confirmou evento adverso o período de internamento prolongou-se, em média, 10-12 dias e que 40-70% do seu total eram preveníveis ou evitáveis.

Em Portugal, a verdadeira dimensão e as consequências associadas às falhas na segurança dos doentes está longe de ser conhecida, conforme ficou subjacente na primeira reunião sobre investigação em segurança do doente, promovida pela OMS em conjunto com a UE, realizada no Porto em 2007.

São vários os fatores que contribuem para esta realidade, nomeadamente a ausência de orientações gerais e específicas que harmonizem as ações a desenvolver no sentido de analisar as causas e consequentemente diminuir ou eliminar as falhas que podem desencadear a ocorrência de eventos adversos; o predomínio de uma cultura de culpabilização e ostracismo perante as falhas e as suas potenciais consequências, em detrimento de uma cultura de análise e aprendizagem a partir das mesmas; informação escassa, inadequada e de difícil obtenção²¹, dificultando o conhecimento dos fatores subjacentes à causalidade dos eventos adversos e em geral das falhas na segurança do doente, assim como a subutilização do sistema nacional de notificação dos eventos adversos; resumindo, a falta de uma estratégia nacional explícita e consistente para esta problemática, à semelhança do que já existe em países como o Reino Unido, Dinamarca, Suécia, Noruega, Austrália, entre outros²².

Por outro lado, a investigação nesta área, em Portugal, encontra-se também a dar os primeiros passos. O estudo intitulado «Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade»²² é talvez um dos mais importantes neste domínio. Os seus resultados indicam uma realidade não muito diferente da que foi descrita em estudos similares realizados em vários países da Europa (Inglaterra, França, Espanha, Dinamarca, Suécia e Países Baixos), nos Estados Unidos da América, na Austrália, no Canadá, na Nova Zelândia e no Brasil. O referido estudo, realizado em 3 hospitais públicos da região de Lisboa, teve por base a informação contida nos processos clínicos de uma amostra de 1.669 doentes internados durante o ano de 2009. Os resultados deste estudo apontam para uma taxa de incidência de eventos adversos de 11,1%, com um intervalo de confiança de 95% (9,6%; 12,6%). Relativamente ao seu impacto, constatou-se a presença de dano, incapacidade ou disfunção permanente em 5,7% dos casos e em 10,8% ocorreu óbito. Cerca de 53% das situações de eventos adversos foram consideradas evitáveis e em 58,7% dos casos houve prolongamento do período de internamento, com um valor médio de 10,7 dias²².

Contudo, se considerarmos que a investigação sobre segurança do doente, relacionada com os cuidados de saúde hospitalares, se encontra na primeira infância a nível internacional e a dar os primeiros passos a nível nacional, a

relacionada com os CSP é ainda menos desenvolvida na UE, encontrando-se, numa fase inicial, em Portugal.

De uma maneira geral, parece existir a percepção de que nos CSP, pelo facto de ser um ambiente dotado de baixa tecnologia, a segurança do doente não constitui um problema. Na realidade trata-se de uma ideia errada, mais ainda se considerarmos que na UE ocorrem diariamente milhões de atendimentos em CSP.

No Reino Unido, cerca de 750.000 utentes por dia recorrem ao seu médico de família, na Alemanha realizam-se 1,5 milhões de atendimentos por dia nos CSP⁵ e em Portugal realizaram-se, no ano de 2010, um total de 23.212.118 consultas de clínica geral e familiar, o que representa uma média de 89.277 consultas por dia e 2,3 consultas por habitante por ano, valor relativamente superior ao número de consultas de especialidades realizadas em contexto hospitalar (15.752.669) no mesmo período²³. Estes dados, por si só, fundamentam o facto das instituições de CSP serem, à semelhança dos hospitais, locais propícios à ocorrência de incidentes.

Makeham et al.²⁴ realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre estudos publicados na área da segurança do doente em CSP. Concluíram que, nos países desenvolvidos, existe uma prevalência de incidentes relacionados com a falta de segurança em CSP de 4-24% e que cerca de 45-76% destes são evitáveis. Nesta revisão, alguns dos estudos analisados avaliavam a frequência relativa dos tipos de incidentes que ocorrem mais frequentemente em CSP, apontando para 26-57% relacionados com erros no diagnóstico, 7-52% relacionados com o tratamento (prescrição de medicação), 9-56% com os aspetos administrativos/organizacionais e 5-72% com erros de comunicação (entre equipa e entre profissionais-utentes/doentes).

Em relação às consequências destes incidentes, 70-76% representaram quase eventos (incidente que não alcançou o doente); 13% resultaram em eventos sem danos (incidente que chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis); 17-39% resultou em dano para o doente e 4% resultou em morte, o que representa uma percentagem elevada para uma consequência tão grave. A este respeito, alguns autores referem que os eventos adversos medicamentosos que ocorrem em ambulatório são mais fatais do que aqueles que ocorrem no ambiente hospitalar, porque os doentes em ambulatório não são monitorizados de perto pelos profissionais de saúde^{25,26}.

Um outro estudo desenvolvido no Reino Unido corrobora com a maioria dos resultados anteriormente apresentados. Este estudo sugere que naquele país existem entre 37-600 incidentes por dia nos CSP e que a generalidade dos incidentes pode ser classificada em 4 áreas principais: o diagnóstico, a prescrição, a comunicação entre os profissionais e os utentes/doentes e aspetos organizacionais. Embora a possibilidade de erro seja grande, o estudo refere ainda que 50% não têm nenhuma consequência, 20% não são clinicamente relevantes e 30% originam dano para o doente, sendo que um terço destes últimos resulta em consequências graves, incluindo a morte⁵.

O estudo APEAS²⁷, realizado em Espanha e que teve como objetivos melhorar o conhecimento sobre a magnitude, impacto e transcendência dos eventos adversos em CSP e aumentar o número de profissionais envolvidos na cultura

de segurança do doente, entre outros, revelou que, num universo de 96.047 doentes e 452 profissionais, se identificaram 18,63 ‰ (por mil) eventos adversos. Generalizando os resultados, os autores concluíram que, por ano, 7 em cada 100 cidadãos poderiam ser afetados por um evento adverso relacionado com os cuidados de saúde, resultado bastante significativo tendo em conta o número de contatos que os utentes/doentes estabelecem por ano com as unidades de CSP em todo o mundo, conforme já demonstrado.

Em Portugal, salientamos a iniciativa realizada pela Rede Médicos Sentinela, em 2005, que procedeu à notificação voluntária de eventos adversos ocorridos nos centros de saúde. Este estudo teve como objetivos identificar o tipo e características de eventos adversos que ocorrem nestas unidades de saúde, determinar a sua taxa de incidência e desenvolver instrumentos de prevenção e redução de eventos adversos neste contexto.

Apesar de profissionais altamente motivados para a notificação, apenas 28% dos médicos participantes notificou ao longo de um ano um ou mais eventos adversos, num total de 208 notificações. Este estudo concluiu que mesmo em médicos altamente motivados os eventos adversos não estão enraizados como episódios de alerta para a melhoria da prática clínica e redução dos riscos para os doentes, pelo que o desconhecimento da sua frequência e características deixa-nos fragilizados perante a sua prevenção¹⁷.

Apesar da literatura internacional e nacional consultada ser unânime ao concluir que existe ainda um longo caminho a percorrer, quer na produção de mais evidência quer na utilização de abordagens metodológicas (paradigmas, métodos e técnicas) que permitam caracterizar com maior rigor e consistência esta problemática no contexto dos CSP, bem como determinar a robustez e validade dos resultados alcançados²⁴, também torna evidente que as questões relacionadas com a segurança do doente (ou a falta dela) em CSP constituem um problema major, à semelhança do que acontece em contexto hospitalar e, como tal, necessitando de uma adequada e urgente intervenção.

A produção gradual de conhecimento sobre esta matéria tem funcionado como alavanca para o desenvolvimento de algumas iniciativas e políticas internacionais e nacionais com o objetivo de contribuir para a prevenção desta problemática.

Iniciativas e políticas de saúde internacionais e nacionais sobre segurança do doente

A OMS mobilizou-se em relação à temática da segurança do doente em 2002, na 55ª Assembleia Mundial da Saúde. Após este evento, iniciaram-se os trabalhos de desenvolvimento da taxonomia internacional em segurança do doente com o primeiro relatório em 2003 e em 2004 é criada a primeira edição da Aliança Mundial para a Segurança do Doente, voltada para o desenvolvimento de políticas e práticas em prol da segurança do doente para todos os países membros da EU²⁸.

Em 2005 realizam-se várias conferências internacionais sobre segurança do doente, das quais se destaca a Conferência Europeia «Segurança do doente – torná-la uma realidade!», de onde surgiu uma proposta de trabalho conjunto com a OMS no sentido de criar um banco de soluções para a UE

dirigido a esta problemática e de onde emanaram várias recomendações, como por exemplo, divulgar boas práticas nesta área; a utilização de novas tecnologias; a realização de registos eletrónicos de doentes; a inclusão dos aspetos da segurança na aprendizagem (básica e pós-básica) dos profissionais de saúde e a implementação de projetos sobre esta temática ao nível das unidades de cuidados, para que os profissionais de forma aberta e eficiente consigam lidar com as situações de erro e omissões²⁹.

Em 2009 são conhecidas as Recomendações do Conselho Europeu sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. Ainda neste ano, a Aliança Mundial para a Segurança do Doente publica o relatório técnico final da Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, traduzido para Português pela DGS em 2011. Esta estrutura, apesar de não ser ainda uma classificação completa, é o ponto de partida para melhorar progressivamente uma compreensão internacional conjunta de termos e conceitos, permitindo a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação da informação de segurança do doente⁷.

A par destas iniciativas e um pouco por todo o mundo, foram sendo criadas várias agências especializadas neste assunto: a *National Patient Safety Foundation*, a *American Society of Health Systems Pharmacists*, a *Australian Patient Safety Foundation*, a *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*, entre outras. Todas estas organizações têm em vista um objetivo comum – melhorar a segurança dos utilizadores dos serviços de saúde e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados de saúde em geral.

No âmbito dos CSP, destacamos uma das mais importantes iniciativas internacionais que visa aumentar o conhecimento sobre a segurança do doente neste contexto. Trata-se do projeto europeu LINNEAUS, coordenado pela *European Society for Quality in Healthcare*. Este projeto, em funcionamento desde 2009, conta com a colaboração de vários países europeus, nomeadamente Inglaterra, Dinamarca, Holanda, Alemanha, Espanha, Grécia, Áustria, Polónia e Escócia. A sua principal finalidade é criar uma rede de profissionais e investigadores peritos em segurança do doente dentro da UE.

Os objetivos deste grupo de trabalho consistem, essencialmente, em:

- desenvolver uma taxonomia de incidentes em CSP comum aos diferentes países da Europa – foi elaborado um documento preliminar, com base numa revisão sistemática sobre sistemas de classificação já existentes, adaptado às características dos CSP e submetido a um grupo de especialistas internacionais que elaboraram recomendações sobre o seu conteúdo e estrutura³⁰, não tendo sido até à data publicada a sua versão final;
- implementar um sistema universal de relato de eventos adversos no âmbito dos CSP, ainda em construção;
- promover a investigação com base em metodologias que permitam comparar resultados;
- entender os aspetos relacionados com a liderança e cultura de segurança nas instituições de CSP da Europa – neste momento um grupo de trabalho dedica-se a avaliar os instrumentos existentes que permitam avaliar a cultura de segurança nos CSP, para que possam ser aplicados em

diferentes contextos europeus. Um exemplo é o *MaPSaFT, AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety*, que é um instrumento que permite medir a cultura organizacional no que diz respeito a segurança do doente em CSP, encontrando-se a ser testado por um grupo de investigadores do projeto LINNEAUS, na Polónia;

- identificar métodos que permitam envolver os utentes/doentes nas iniciativas de segurança. Na realidade o doente é o único que está presente em todos os momentos do processo de cuidados, isto é, desde a entrada até à saída do sistema. Parte-se do princípio que estando devidamente informado, a sua participação pode ser vital para que o erro clínico não aconteça;
- identificar e divulgar boas práticas relacionadas com a aprendizagem de erros e eventos adversos e desenvolver ferramentas para a melhoria da segurança do doente que possam ser usadas por todos os países parceiros⁵;

A nível nacional, a segurança do doente também não tem sido indiferente às mais recentes políticas de saúde. O Despacho n.º 14.223/2009 aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e determina que «Consolidadas, que estão, a cobertura territorial e a universalidade da prestação de cuidados de saúde, os desafios da qualidade e da segurança surgem, em primeiro plano, como uma das principais prioridades do sistema de saúde português»³¹.

Em Fevereiro de 2009 é criado o Departamento da Qualidade integrado na DGS, competindo-lhe, entre outras, a função de criar e coordenar atividades e programas de promoção da segurança do doente, incluindo-se aqui a sua responsabilidade pelo desenvolvimento do atual Programa Nacional de Acreditação das instituições do Serviço Nacional de Saúde, que se trata de um processo formal de assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e de elevado nível de qualidade³².

Neste processo de busca da excelência/acreditação, as instituições de saúde portuguesas candidatas viram-se obrigadas a uma mudança na sua cultura organizacional, na medida em que novas preocupações surgiram, como por exemplo, a gestão do risco, que passou a fazer parte dos objetivos da organização, criando-se departamentos para a mesma, com equipas próprias.

Apesar da existência desta base legal e normativa, em Portugal, o número de instituições de saúde acreditadas está aquém do desejável e é praticamente inexistente em CSP. Segundo dados do INE, em 2010 existiam em Portugal 127 hospitais públicos e 376 centros de saúde, com um total de 1.225 unidades/extensões²³. Dos primeiros, 15 foram acreditados até ao presente e dos segundos apenas 3 Unidades de Saúde Familiar (USF) (USF de Valongo; USF Dafundo, em Algés-Oeiras, e USF Grão Vasco, em Viseu) foram acreditadas pelo modelo oficial do Ministério da Saúde designado por *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*³³. Esta realidade demonstra a existência de uma deficiente cultura de qualidade e consequentemente de segurança nas organizações de saúde em Portugal.

Não obstante, a Missão para os CSP – Plano estratégico 2010-2011³³, considera como objetivos primordiais a atingir: cuidados de saúde de qualidade para todos os cidadãos; recompensa pelas boas práticas profissionais e eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde. Estão definidos

5 eixos que se entendem como essenciais para a consolidação e conclusão da atual reforma dos CSP, dos quais destacamos o Eixo II – Governação clínica e de saúde que «abrange vários aspetos da condução de um serviço de saúde como a efetividade clínica, a auditoria clínica, a gestão do risco, a satisfação do utente e o desenvolvimento de competências dos profissionais», assumindo como objetivos estratégicos a «Identificação e implementação, de forma sistemática, de boas práticas clínicas e gestão do risco em todo o ACES»³³. Neste âmbito, assume particular importância a intervenção dos Conselhos Clínicos e de Saúde dos ACES, recentemente atualizada pelo Decreto Lei n.º 253/2012 de 27 de novembro, que define que este órgão deve assegurar que todos os profissionais do ACES se orientam para a obtenção de ganhos em saúde, garantindo a adequação, a segurança, a efetividade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados, bem como a satisfação dos utentes e dos profissionais.

Apesar de esta reforma ter vindo colocar variados desafios, conduzindo a uma introspeção e capacidade de autoanálise, autorreflexão e crítica sobre uma cultura de segurança do doente e sobre a qualidade dos cuidados de saúde, verifica-se ainda um longo caminho a percorrer, como também demonstra a avaliação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, feita pela OMS³⁴, que identifica que áreas fundamentais como a questão da sustentabilidade do sistema de saúde, os recursos humanos e a qualidade e segurança dos cuidados não foram objeto de atenção neste PNS.

A promoção de uma cultura de segurança do doente não pode por isso ser uma atividade paralela dos programas ministeriais, dos parágrafos estatutários das instituições de saúde, dos organigramas dos gestores e até das bases de dados dos responsáveis do risco, mas sim a base de trabalho para toda a prática clínica.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança em geral e nos CSP em particular é sem dúvida um dos mais importantes desafios que se coloca aos profissionais de saúde no imediato.

O desenvolvimento de uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários: o relato voluntário de incidentes

O conceito de cultura de segurança mais amplamente utilizado é o da Comissão de Segurança e Saúde do Reino Unido, que define cultura de segurança como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura. Segundo esta Comissão, organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma comunicação fundada na confiança mútua, através da perceção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas³⁵.

O *Council of Europe/committee of ministers* reconhece a necessidade de promover a segurança do doente como um princípio fundamental dos sistemas de saúde; que os mesmos princípios de *patient safety* se aplicam igualmente aos cuidados primários, secundários e terciários, tal como outros aspetos dos cuidados de saúde, como a promoção da saúde, prevenção, tratamento, entre outros³⁶.

Não obstante, no *ranking* das 20 áreas prioritárias sobre segurança do doente, para os países desenvolvidos, destaca-se, segundo a OMS, «a cultura de segurança do doente pouco enraizada»^{28,37}.

Contudo, quando se fala em segurança dos utentes/doentes subentende-se que estamos perante um conceito pragmático e bem delimitado, supostamente fácil de identificar, analisar e propor mudanças no sentido da sua redução ou eliminação. A realidade apresenta-nos algumas particularidades, que tornam difícil a sua abordagem nas organizações de saúde em geral e nos CSP em particular. Este facto deve-se, essencialmente, à complexidade das organizações de saúde, ao carácter multifatorial das situações que estão por detrás das falhas de segurança (ou seu desconhecimento) e, não menos importante, à sensibilidade do tema³⁸ ou sobre o tema.

Relativamente à primeira questão, é comum referir que a generalidade das organizações de saúde se caracteriza por serem sistemas de grande complexidade devido a vários fatores, dos quais se destacam:

- i) os seus princípios de equidade, universalidade, acessibilidade;
- ii) as características das atividades e processos que desenvolvem, tais como um conjunto de técnicas de diagnósticos e/ou terapêutica de complexidade tecnológica variável e realizadas em contextos com inúmeras particularidades;
- iii) o facto de estarem inseridas num mercado imperfeito onde a imprevisibilidade da procura é uma constante;
- iv) dotadas de pouco poder de decisão, com expectativas por vezes muito elevadas, associado a situações de fragilidade física, emocional, psicológica e social;
- v) as características dos seus profissionais com formação muito específica; habituados a uma forte componente do trabalho em equipas multidisciplinares; desenvolvendo uma atividade intensa e numa área em constante evolução técnica e científica.

Nas instituições de CSP acresce aos fatores anteriormente apresentados a existência de uma organização ainda mais heterogénea quando comparada com os hospitais, onde a prestação de cuidados se desenvolve na comunidade e nos diferentes locais de vida dos utentes, contextos muito particulares e difíceis de controlar, como são exemplo a escola e o local de trabalho.

Esta questão tem também implicações sobre o segundo aspeto que dificulta a abordagem da segurança dos doentes nos CSP: o carácter multifatorial das situações que está por detrás das falhas de segurança, que associado à escassa produção de evidência nesta área dificulta o seu conhecimento.

Em relação à terceira questão sobre a sensibilidade do e sobre o tema, importa referir que a segurança do doente tem subjacente uma ideia de «identificar erros para punir culpados», tornando-se por isso uma área muito sensível e pouco atrativa à colaboração dos profissionais. Os profissionais de saúde não são preparados na sua formação 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.

Por outro lado, a sensibilidade para com o tema (ou a sua falta) pode constituir uma importante dificuldade à sua abordagem, contribuindo para isso a falsa percepção de que o tipo de cuidados de saúde prestados nos CSP são dotados de grande simplicidade e de pouca tecnologia e só por isso a segurança não constitui um problema⁵.

Podemos assim concluir que criar uma cultura de segurança é um trabalho árduo e não acontece automaticamente. Alguns autores referem a necessidade de existirem 3 subcomponentes fundamentais para o seu desenvolvimento, qualquer que seja o contexto onde os cuidados são prestados. São eles:

- i) a existência de uma cultura de *reporte*;
- ii) a existência de uma cultura *justa*;
- iii) a segurança fazer parte dos objetivos estratégicos da instituição^{4,15,39,40}.

Maamoun⁴¹ apresenta uma perspetiva interessante sobre os programas de segurança do doente, referindo que estes são alicerçados em 4 pilares, designados pelos 4 Cs: mudança na Cultura; Colheita de dados através de um sistema de relatórios de incidentes; Cálculo de riscos para os doentes e auditorias Clínicas. Estes pilares estão sustentados em 3 atividades essenciais: a engenharia dos fatores humanos, a comunicação eficaz e a educação da equipa para a segurança do doente.

Nesta ótica, concluímos que a segurança não se pode centrar numa pessoa, num equipamento ou num serviço. Ela emerge da interação de todos os componentes de um sistema. Melhorar a segurança depende da compreensão e análise dessa interação.

Uma análise cuidada dos fatores desencadeantes do erro mostra que uma série de incidentes, mesmo numa prática segura, mas influenciados pelo ambiente de trabalho e pela envolvente organizacional, podem produzir um mau resultado. Desta forma o erro humano deve ser encarado de 2 modos diferentes: o do indivíduo e o da organização.

A abordagem do sistema leva em consideração o contexto em que os erros ocorrem, preconizando que os indivíduos são falíveis e que todas as organizações, incluindo aquelas de excelência em segurança, irão conviver com uma certa taxa de erros. Assim, esta abordagem defende ser preferível mudar o sistema, de forma a torná-lo mais seguro, do que mudar as condições humanas⁴². A abordagem do sistema tem sido defendida como a mais efetiva para reduzir o erro e a ocorrência de incidentes. A sua implementação remete para a promoção de uma cultura de fiabilidade¹⁵, que se caracteriza pela gestão do inesperado, das oscilações, dos incidentes e das relações interpessoais.

Os incidentes ocorrem de forma imprevista e perturbam o desenvolvimento normal do sistema. A gestão destes eventos passa pela sua identificação, registo, análise, discussão e prevenção, numa cultura de responsabilidade e não de culpabilização.

Nas organizações com um padrão de alta fiabilidade, como deveriam ser exemplo as organizações prestadoras de cuidados de saúde, o registo do erro com base numa perspetiva de aprendizagem deve ser incentivado como uma atitude proativa preventiva e sistemática de toda a equipa de saúde,

pela aprendizagem que daí advém e sobretudo pela mais-valia que a organização adquire, evitando a sua recorrência e aumentando a credibilidade da organização e dos seus profissionais.

Porém, a dificuldade dos profissionais em notificar associa-se principalmente ao medo de punição^{39,43,44} e ao desconhecimento sobre o objetivo real da notificação⁴⁵. Desta forma, reforçar o conhecimento da equipa de saúde sobre segurança do doente através da formação, assumindo que o erro em saúde existe e é inerente à prestação de cuidados, compreender os tipos de incidentes, suas causas e consequências; não punir o profissional envolvido; manter o anonimato dos envolvidos e evitar que as informações sobre os eventos adversos sejam utilizadas para ações criminais, torna-se essencial para a existência de uma verdadeira cultura de segurança do doente nas organizações de saúde, onde o desenvolvimento de um sistema de notificação de eventos adversos assume particular importância, sobretudo ao nível da identificação e estabelecimento de estratégias de prevenção dos eventos adversos³⁹.

Para que um sistema de registo de incidentes funcione adequadamente é necessário:

- desenvolver uma cultura de responsabilização e não de culpabilização;
- análise dos incidentes com ênfase no sistema e não no indivíduo;
- relato centrado na ocorrência, mantendo para fins estritos de notificação o anonimato;
- incutir a autoparticipação de eventos nefastos e permitir sempre o retorno de informação para estimular a correção e a melhoria prevenindo novas ocorrências de risco – *repetir erros não é construir experiência*;
- simplificação do sistema de relato: «poucos itens, mas fundamentais, simplificação do registo e transmissão, em suma, melhoria na comunicação»⁴⁶.

Uma comunicação aberta sobre os problemas relacionados com a segurança, um trabalho de equipa eficaz/eficiente e o apoio dos líderes organizacionais no estabelecimento da segurança como uma prioridade são importantes características da cultura de segurança do doente. Ou seja, toda esta natureza multidimensional sobre a cultura de segurança mostra que é necessário intervir em diversas dimensões⁹.

Em Portugal, a segurança do doente e a notificação e resolução de eventos adversos, mais do que uma necessidade, deve transformar-se numa rotina e não na exceção. É urgente implementar mudanças que promovam esta cultura e tornem todas as atividades de cuidado aos doentes, desde a entrada até à saída, seguras e redutoras do risco de sofrer eventos adversos.

Ao nível dos CSP este processo é ainda mais urgente, dado que a maioria das intervenções se tem centrado nos cuidados de saúde hospitalares.

Desejavelmente, a implementação de um sistema de monitorização e de prevenção de eventos adversos ao nível dos ACES deveria ser considerado um indicador de boas práticas e, provavelmente, no futuro, um fator de contratualização com os seus clientes diretos: os cidadãos¹⁷.

Conclusão

Num período de aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos a margem de aceitação do insucesso é muito pequena, pelo que falhas na segurança não são toleradas nem tão pouco compreendidas, o que aliás se subentende se se tiver em conta que as falhas na área da saúde podem resultar em danos graves ou até mesmo em morte, tanto em contexto hospitalar como em CSP.

Neste último contexto, ocorrem diariamente milhões de atendimentos em toda a UE, porém o cliente nem sempre se apresenta na condição de doente, o que não elimina a possibilidade do mesmo ser vítima de uma situação de falta de segurança na prestação dos cuidados de saúde, contrariando a falsa percepção de que nos CSP, por ser um ambiente dotado de baixa tecnologia, a segurança do doente não constitui um problema! Inevitavelmente os erros existem, quer relacionados com os profissionais quer relacionados com o sistema. São uma constante na prática clínica e podem ocorrer em qualquer fase do processo da prestação de cuidados.

Desta forma, foi nosso objetivo na elaboração deste trabalho evidenciar a inevitabilidade de promover uma cultura de segurança nas instituições de saúde em geral e nos CSP em particular, tendo em conta que esta temática, no segundo contexto, se encontra num nível de desenvolvimento muito inferior em relação ao primeiro.

No âmbito da recente reforma dos CSP, realçamos a intervenção dos Concelhos Clínicos e de Saúde dos ACES, que devem atuar como promotores de práticas e desempenhos profissionais seguros, efetivos e de elevada qualidade, e, por isso, incentivar e facilitar o desenvolvimento de projetos locais na área da segurança do doente.

A ocultação do erro é por si só um evento adverso. A sua prevenção é sobretudo um problema de mudança de atitude e de cultura⁵, motivo pelo qual a segurança do doente não é uma problemática individual nem de uma categoria profissional, mas de um processo que envolve uma transformação a nível institucional.

É esta transformação que queremos promover nas nossas instituições de saúde, pelo que esperamos que a interpretação, análise e reflexão apresentadas neste artigo possam ser um importante contributo para esta importante missão.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO; 2006.
2. World Health Organization. *World Alliance For Patient Safety. Research for patient safety: Better knowledge for safer care*. Geneva: WHO; 2008.
3. Bates DW, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha AK. *Global priorities for patient safety: Research priority setting working group of the WHO World Alliance for Patient Safety*. BMJ. 2009;338:1242-4.
4. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates OW. *Patient safety research: An overview of the global evidence*. Qual Saf Health Care. 2010;19:42-7.
5. European Society for Quality in Healthcare. *Project LINNAEUS: A classification system for adverse events in healthcare*. [Internet]. Limerick: The European Society for Quality in Healthcare; 2009. [citado 20 Out 2012]. Disponível em: http://www.esqh.net/www/about/presentations/files/folder_1227273021/Project_LINNAEUS_-_A_classification_system_for_adverse_events_in_healthcare.pdf
6. Organização Mundial da Saúde. *Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca: relatório mundial de saúde 2008*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.
7. Portugal. Ministério da Saúde. *Direcção Geral da Saúde. Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2011.
8. Harada M, Pedreira M, Peterlini M. *O erro humano e a segurança do paciente*. São Paulo: Atheneu; 2006.
9. Ashid J. *Summary of the evidence on patient safety*. Geneva: World Health Organization; 2008.
10. World Health Organization. *Patient safety study: Rapid assessment methods forestimating hazards: Report of a WHO working group meeting*. Geneva: WHO; 2002.
11. Wears WR. *Organization and safety in health care*. Qual Saf Health Care. 2004;13 Suppl II:10-1.
12. Berwick D. *The science of improvement*. JAMA. 2008;299:1182-4.
13. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system: A report of the Committee on Quality of Health Care in America*. In: Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
14. U.K. Department of Health. *An organization with a memory*. London: The Stationary Office; 2000.
15. Fragata J, Martins L. *O erro em medicina: perspectivas do indivíduo da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina; 2004.
16. Lage M. *Segurança do doente: da teoria à prática clínica*. Rev Port Saúde Pública. 2010;10:11-6.
17. Ribas MJ. *Eventos adversos em cuidado de saúde primários: promover uma cultura de segurança*. Rev Port Clínica Geral. 2010;26:585-9.
18. Ribeiro JM. *Saúde: a liberdade de escolher*. Lisboa: Gradiva; 2009.
19. Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha J. *Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais*. Rev Bras Epidemiol. 2005;8:393-406.
20. Comissão das Comunidades Europeias. *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias; 2008.
21. Sousa P, Uva AS, Serranheira F. *Investigação e inovação em segurança do doente*. Rev Port Saúde Pública. 2010;10:89-95.
22. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Leite E, Nunes C. *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2011.
23. Instituto Nacional de Estatística. *Dados estatísticos. Base de dados. Saúde. Acção desenvolvida*. [Internet] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2010. [citado 12 Dez 2012]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&contexto=bd&selTab=tab2
24. MaKeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I, On behalf of the Methods & Measures Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. *Methods and measures used in*

- primary care patient safety research: Results of a literature review. Geneva: WHO; 2008.
25. Júnior D, Siqueira J, Tenório da Silva D, Almeida L, Barros da Silva W, Sousa P, et al. Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;10:40-6.
 26. Peyton L, Ramser K, Hamann G, Patel D, Kuhl D, Sprabery L, et al. Evaluation of medication reconciliation in an ambulatory setting before and after pharmacist intervention. *J Am Pharm Assoc*. 2010;50:490-5.
 27. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
 28. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Geneva: WHO; 2008. Forward programme 2008-2009.
 29. Ordem dos Enfermeiros. Segurança do doente 17. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2005.
 30. Klempik K, Hoffmann B, Gerlech FM. Patient safety incident classification in primary care: Preliminary recommendations of an expert advisory group. Geneva: World Health Organization; 2010 [citado 20 Out 2012]. Disponível em: http://www.equip.ch/files/55/19_klemp_recommendations.pdf
 31. Despacho n.º 14223/2009. DR. 2.ª Série. 120 (2009-06-24). 24667-24669. Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.
 32. Portaria n.º 155/2009. DR. 2.ª Série. 28 (2009-02-10). Altera as Portarias n.ºs 644/2007, de 30 de Maio, que estabelece a estrutura nuclear da Direcção-Geral da Saúde e as competências das respectivas unidades orgânicas, 646/2007, de 30 de Maio, que aprova os Estatutos da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., e 660/2007, de 30 de Maio, que fixa o número máximo de unidades orgânicas flexíveis e a dotação máxima de chefes de equipas multidisciplinares da Direcção-Geral da Saúde.
 33. Portugal. Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Reforma dos cuidados de saúde primários: plano estratégico 2010-2011. Lisboa: Ministério da Saúde; 2010.
 34. World Health Organization. Evaluation of the national health plan of Portugal (2004-2010). Copenhagen: WHO; 2010.
 35. UK. Health and Safety Commission. ACSNI Study Group of Human Factors. Organizing for safety: Third report. London: HMSO; 1993.
 36. Council of Europe. Committee of Ministers. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. Geneva: Committee of Ministers. Council of Europe; 2006.
 37. Øvreteit J. Which interventions are effective for improving patient safety? A synthesis of research and policy issues. Copenhagen. Stockholm: WHO. HEN. MMC Karolinska Institute; 2009.
 38. Sousa P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Med Port*. 2006;19:309-18.
 39. Wachter R. Compreendendo a segurança do paciente. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 40. Institute of Medicine. Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. Washington, DC: Institute of Medicine; 2004.
 41. Maamoun J. An introduction to patient safety. *J Med Imaging Radiation Sci*. 2009;40:123-33.
 42. Reason J. Human error: Models and management. *BMJ*. 2000;320:768-70.
 43. Ques AM, Montora CH, Gonzales MG. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18:42-9.
 44. Benson A. Creating a culture to support patient safety: The contribution of a multidisciplinary team development programme to collaborative working. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh Wesen (ZEFQ)*. 2010;104:10-7.
 45. Schatkoski A, Wegner W, Alegri S, Pedro E. Safety and protection for hospitalized children: Literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17:410-6.
 46. Fragata J. Risco clínico: complexidade e performance. Coimbra: Almedina; 2006.