



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.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1091835>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1091835>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)