
A SEGURANÇA DO PACIENTE E INTERVENÇÕES PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Patient Safety and Interventions for Quality in Health Care

Flávia Danielli Martins Lima¹

1. Enfermeira, Mestre em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, Universidade do Porto/Portugal. Doutoranda em Enfermagem, Universidade de Lisboa/Portugal. Bolsista CAPES.

► **CONTATO:** Flávia Danielli Martins Lima | Rua São João de Deus, n.º 16, 3.ºESQ. | Barreiro | Portugal
E-mail: fdmlima@gmail.com

Resumo

Estudo qualitativo cujo objetivo foi descrever a percepção de profissionais que exercem o cargo de chefia intermediária num hospital acerca da responsabilidade pela segurança do paciente e intervenções realizadas. Os dados foram coletados em 2011 por meio de entrevista estruturada com 32 profissionais e analisados por meio de análise de conteúdo de base heurística. Observou-se que os participantes citam a importância pela segurança do paciente como de responsabilidade de todos os profissionais assim como de setores específicos do hospital. No entanto, relativamente às intervenções realizadas, os participantes citam que as relacionadas aos profissionais de saúde foram mais evidentes, nomeadamente ações de formação e a Campanha de Higienização das mãos, esta última realizada em nível mundial e de grande importância para a manutenção da segurança do paciente nas instituições hospitalares.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde.

Abstract

This qualitative study aimed to describe the perception of professionals who hold middle management positions in a hospital regarding responsibility for the safety of the patient and for interventions. Data were collected in 2011 by means of structured interviews with 32 professionals and analyzed using heuristic analysis of content. It was observed that participants state the importance of patient safety as a responsibility of all professionals, as well as of specific sectors of the hospital. However, with respect to interventions, participants cite that those related to health care professionals were more evident, including training activities and the Campaign on Hand Hygiene, with the latter being performed worldwide and of great importance for the maintenance of patient safety in hospitals.

KEYWORDS: Safety; Patient Safety; Quality of Health Care.

Introdução

As discussões sobre a segurança dos pacientes têm-se ampliado consideravelmente no meio científico e assistencial, visto que a ocorrência de eventos adversos vem-se acentuando nas instituições hospitalares representando um grave problema de saúde pública¹.

A segurança do paciente é a redução do risco de danos desnecessários associados a cuidados de saúde a um mínimo aceitável. Estes danos são decorrentes ou associados a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, diferentemente de doenças ou lesões subjacentes².

É fato que os cuidados de saúde prestados de forma insegura vêm resultando no aumento da morbimortalidade, o que torna isso uma preocupação global, pois muitos erros poderiam ser evitáveis a partir da implantação de indicadores de segurança em programas de monitoramento de qualidade na assistência ofertada aos pacientes hospitalizados³.

O uso destes indicadores e de medidas para a segurança do paciente deve estar presente em todos os cuidados de saúde. E, apesar da maioria das publicações científicas que abordam a cultura da segurança do paciente tenham valorizado a relevância das práticas baseadas em evidências, algumas práticas com evidências fracas têm ganhado atenção. A validade de face substancial e um baixo risco de danos associados a estas intervenções oferecem a possibilidade de estabelecer relações de colaboração entre os profissionais que podem gerar o impulso para futuros projetos de segurança do paciente⁴.

Nesse contexto, algumas medidas têm sido tomadas para reduzir o risco. São ações tomadas para reduzir, gerir ou controlar qualquer dano futuro, ou a probabilidade de dano, associado a um incidente. Tais ações podem afetar os incidentes, os fatores, a detecção, fatores atenuantes ou melhorar as ações de contribuição, e pode ser proativo ou reativo². Ações proativas podem ser identificadas por técnicas como modo de falha e análise de efeitos⁵ e análise probabilística do risco⁶, ao passo

que as ações reativas são tomadas em resposta a conhecimentos adquiridos após incidentes (por exemplo, análise de causa raiz).

Dessa forma, o maior desafio dos especialistas e pesquisadores em segurança do paciente está relacionado à dificuldade por parte dos dirigentes em assimilar que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos quando os processos organizacionais e técnicos são complexos e mal planejados⁷.

É fato que a assistência à saúde está cada vez mais complexa, fragmentada e não segura; e, apesar de haver compromisso e empenho de forma individual por parte dos profissionais, isto não é o bastante. Além disso, é imprescindível que as organizações de saúde utilizem de esforços para superar a cultura tradicional da culpa e castigo, e passem a incentivar uma cultura do relato e do aprendizado com os erros e acidentes. É preciso que as lideranças administrativas, médicas e de enfermagem superem este obstáculo e passem a criar condições para que a segurança do paciente seja encarada como responsabilidade de todos e não apenas de alguns⁸.

Diante do exposto, o objetivo do presente artigo foi descrever a percepção de profissionais que exercem o cargo de chefia intermediária num hospital acerca da responsabilidade pela segurança do paciente e intervenções realizadas.

Metódos

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. O local do estudo foi um Hospital localizado na Região Autónoma dos Açores/Portugal. Trata-se de um hospital de referência na região tendo concluído seu processo de acreditação pela CHKS (Caspé Healthcare Knowledge System) em 2010.

Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2011 por meio de entrevista estruturada com profissionais que exercem cargo de chefia intermediária no referido hospital, os quais

foram convidados a participar da pesquisa. Dos 49 profissionais, 32 aceitaram o convite e se tornaram sujeitos desta investigação. Considerou-se chefia intermediária o cargo dos profissionais que ocupam uma posição de gerência média no organograma e com responsabilidade de gerenciar um setor/área do hospital.

A entrevista foi formada por duas questões que abrangia a responsabilidade pela segurança do paciente (“Na sua opinião, de quem depende a segurança do paciente nesta instituição?”) e intervenções realizadas no último ano no hospital em estudo de acordo com a percepção dos entrevistados (“Quais intervenções têm sido realizadas, no último ano, para melhorar a segurança do paciente nesta instituição?”).

A análise de conteúdo realizada foi de base heurística, que constitui um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando obter a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens⁹. Utilizou-

se o software MAXQDA (versão 1.1) para auxílio no tratamento dos dados e formação das categorias.

Um conjunto de princípios éticos que regem as pesquisas que envolvem seres humanos foi seguido, nomeadamente as indicações do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e as Leis de Base da Saúde (Lei nº48/90) no que diz respeito à investigação. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do hospital representada pela presidente do Conselho de Administração deste. Cada participante foi devidamente informado dos objetivos da pesquisa e, após sua aceitação explícita, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Os entrevistados foram predominantemente do sexo feminino (81,2%), com a profissão de enfermeiro (Tabela 1). A idade mínima dos participantes foi de 26 anos e máxima de 54, com uma idade média de 43 anos.

Tabela 1. Distribuição dos entrevistados de acordo com a profissão. Região Autónoma dos Açores/Portugal, 2011.

Profissão	N	%
Administrador Hospitalar	5	15,6
Enfermeiro	15	46,9
Técnico Coordenador	2	6,3
Outro	10	31,2
Total	32	100,0

Atribuiu-se códigos para as perguntas, obtendo duas principais categorias. Na primeira pergunta obtiveram-se respostas associadas aos intervenientes considerados responsáveis pela segurança do paciente naquele hospital, que foram codificadas em duas principais categorias. A primeira categoria contém respostas que associam a responsabilidade a todos os profissionais/colaboradores do hospital e o segundo código associa esta responsabilidade a setores específicos

Para a segunda obtiveram-se também duas principais categorias, a primeira com questões

gerais associadas às intervenções relacionadas à instituição, e a segunda categoria relacionada às intervenções associadas aos profissionais.

Analisando a estatística das categorias, pode-se perceber que, para a primeira categoria, houve uma igualdade nos códigos atribuídos às respostas, demonstrando que os profissionais consideram de igual forma a responsabilidade pela segurança do paciente como sendo dos profissionais como também de setores específicos do hospital (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos códigos atribuídos às respostas para a categoria “Principais Responsáveis pela Segurança do Doente”. Região Autónoma dos Açores/Portugal, 2011.

Principais Responsáveis pela Segurança do Doente	N	%
Setores Específicos	26	50,0
Todos os Profissionais	26	50,0
Total	52	100,0

Relativamente à segunda categoria, houve um predomínio dos entrevistados que consideram haver mais intervenções realizadas no último ano, relacionadas aos profissionais, do que aquelas relacionadas à instituição em geral (Tabela 3). Isso demonstra que, apesar de considerarem de forma

igual a responsabilidade pela segurança do paciente como sendo de todos os profissionais e de setores específicos do hospital, há um predomínio de intervenções voltadas aos primeiros na percepção dos entrevistados.

Tabela 3. Distribuição dos códigos atribuídos às respostas para a categoria “Principais Intervenções Realizadas”. Região Autónoma dos Açores/Portugal, 2011.

Principais Intervenções Realizadas	N	%
Relacionadas aos profissionais	40	61,5
Relacionadas à instituição	25	38,5
Total	65	100,0

A responsabilidade pela segurança do paciente

As respostas dos entrevistados revelaram a importância dada à ação de todos os profissionais que trabalham na instituição como principais responsáveis pela segurança do paciente:

“Depende de todos os intervenientes, desde a admissão até à alta. Todos têm o dever de cuidar com responsabilidade e profissionalismo. Exemplo: do médico quando prescreve a medicação do doente; do enfermeiro quando presta cuidados seguros; do auxiliar quando transporta o doente com carinho e cuidado. Do segurança que “vigia” as entradas e saídas. Da própria visita que deverá respeitar as regras do Hospital” (Q18).

No que se refere aos profissionais predominantes dentre os participantes, nomeadamente os enfermeiros, estes também

demonstram a importância de todos como sendo responsáveis pela segurança do paciente, sendo que um dos entrevistados destaca o papel da enfermagem:

“Deveria depender de todos os profissionais, mas, efetivamente, depende essencialmente dos enfermeiros que com o seu acompanhamento e cuidados nas 24 horas de cada dia, procuram promover a segurança do doente através dos próprios cuidados que prestam (Q19)”.

Os profissionais de enfermagem, pela especificidade da profissão, são os que mais se aproximam do paciente. Percebe-se que, mesmo planejando suas ações dentro de rotinas, critérios, protocolos, eles deparam-se muitas vezes com o inesperado: um evento adverso¹⁰. Em razão disso, os enfermeiros têm desenvolvido políticas e procedimentos para direcionar uma prática de enfermagem segura¹¹.

Tem sido demonstrado que uma equipe de enfermagem adequada é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade¹¹ e administradores e gerentes de enfermagem também podem aumentar a segurança do paciente, promovendo um ambiente em que os enfermeiros estão no controle de sua própria prática¹¹.

Relativamente a setores específicos como sendo responsáveis pela segurança do doente, os entrevistados citam a importância do Conselho de Administração do Hospital e da Gestão do Risco como responsáveis pela supervisão e cumprimento das normas relacionadas à segurança do paciente:

“[...]o conselho de administração do Hospital deverá monitorizar, a fim de saber se os mesmos (procedimentos elaborados quando do processo de acreditação do hospital) estão a ser cumpridos” (Q32).

“A segurança dos pacientes depende de todos os colaboradores, sendo o serviço “coordenador” a gestão de risco (Q25)”.

Alguns setores específicos são considerados responsáveis pela segurança dos pacientes na instituição pelo fato de implementar e supervisionar regras e protocolos que devem ser seguidos pelos profissionais, demonstrando que existe uma cultura de segurança posta em prática.

A cultura de segurança de uma organização é vista como os valores compartilhados entre os seus membros sobre o que é importante, suas opiniões sobre como as coisas funcionam dentro da organização e a interação destas com a unidade de trabalho e com estruturas e sistemas organizacionais, que juntos produzem normas comportamentais para promover a segurança da organização¹².

Apesar de, anteriormente, a segurança do paciente tenha sido vista como um problema causado por profissionais clínicos, as causas organizacionais e de sistema mostram uma nova teoria de segurança e pontos científicos em que gestores de saúde, em diferentes níveis, têm um papel fundamental na segurança do paciente¹³. Papel este demonstrado pelo discurso dos participantes, uma vez que estes

afirmaram de forma igualitária a responsabilidade pela segurança do paciente como sendo de todos os profissionais e de setores específicos do hospital.

Nesse contexto, todos os interessados têm a responsabilidade de ver que nenhum dano ocorre para os pacientes. Essas partes interessadas incluem: a sociedade em geral; enfermeiros; administradores e pesquisadores; médicos; os pacientes; governos, incluindo os órgãos legislativos e reguladores; associações profissionais, e agências de acreditação¹¹.

Intervenções para a Segurança do Paciente

Na categorização das intervenções realizadas, observou-se que a maioria das intervenções desenvolvidas no último ano, de acordo com a percepção dos entrevistados, foi associada aos profissionais em comparação com as relacionadas à instituição. Estas últimas possuem uma maior diversidade nas respostas, sendo citadas pelos participantes principalmente as auditorias clínicas e o seguimento de protocolos:

“Protocolos de atuação perante infecções multirresistentes, bem como para quedas e úlceras; Uso obrigatório pulseira identificação; Informatização da terapêutica e registro; Informatização de alguns exames e análises”. (Q18)

“São efetuadas auditorias em várias áreas, nomeadamente no controle de infecção aos processos clínicos” (Q17).

As auditorias clínicas são uma análise sistemática de procedimentos clínicos que visam melhorar a qualidade e os resultados da assistência ao paciente e as inspeções reguladoras têm como objetivo controlar e verificar se os procedimentos realizados e as instalações estão em conformidade com todos os requisitos legais¹⁴. Dessa forma, os profissionais demonstram a importância das auditorias e do seguimento dos protocolos como forma de garantir a segurança do paciente e a qualidade nos cuidados prestados.

No que se refere às intervenções relacionadas aos profissionais, houve um predomínio das ações de formação, seguida da Campanha de Higienização das mãos. Os enfermeiros foram a categoria de profissionais que na sua maioria citaram as ações de formação realizadas no âmbito da segurança do paciente:

“Formação em serviço sobre “ambiente seguro” que é dada a todos os profissionais da instituição” (Q30).

“Formação obrigatória anual sobre segurança do paciente, primeiros socorros/ suporte básico de vida, prevenção de incêndios, manuseamento e levantamento de cargas, higiene e segurança no trabalho” (Q20).

A campanha de higienização das mãos está entre as intervenções mais utilizadas no hospital em estudo, uma vez que se trata de uma campanha de nível mundial desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde e, dessa forma, vê-se a aceitação e importância do seu seguimento pelos profissionais:

“[Houve uma] Diminuição do número de infecções nosocomiais (através de campanhas da comissão de controlo de infecções, como a higienização das mãos, por exemplo)”(Q32).

As “intervenções de segurança” são definidas como qualquer ação destinada a prevenir ou minimizar os danos a um paciente, variando de um tapete antiderrapante para evitar a queda do doente até uma estratégia nacional de cinco anos. O termo é usado genericamente para descrever as ações tomadas em nível clínico, organizacional e nacional pelos diferentes atores¹³.

Das várias intervenções que se pode implementar em uma determinada instituição, algumas têm o potencial de criar um impulso para iniciativas complementares ou estão relacionadas com os interesses existentes de líderes clínicos ou administrativos⁴.

Algumas práticas, apesar de terem evidências fracas, oferecem a possibilidade de estabelecer objetivos que podem impulsionar futuros projetos associados à segurança do paciente. Dentre estas práticas, estão as ações de formação e/ou treinamento em equipe.

Um conceito utilizado na aviação é o gerenciamento de recursos da tripulação (do inglês *crew resource management*), que é um tipo de estratégia de treinamento criado para favorecer o trabalho em equipe ao desenvolver habilidades de comunicação, enfatizar hierarquia e promover colaboração na solução de problemas. Devido aos efeitos positivos sobre as atitudes e comportamentos de trabalho em equipe, o treinamento potencialmente pode ser um componente de suma importância para melhorar a cultura de segurança⁴ também nos cuidados de saúde.

Nesse contexto, deve-se centrar atenção em todos os níveis de formação e atuar fundamentalmente na colaboração e nos comportamentos, de modo que os profissionais estejam preparados para promover uma cultura de segurança e cuidados de alta qualidade¹⁵.

No que diz respeito à campanha de higienização das mãos citada pela maioria dos entrevistados, sabe-se que as infecções associadas aos cuidados de saúde são um problema significativo em todo o mundo. No entanto, a prática de higiene das mãos adequada é a forma mais eficaz e menos dispendiosa para prevenir infecções hospitalares, ou seja, a higiene das mãos é barata e protege os pacientes e os profissionais de saúde de forma igualitária¹⁶. Apesar de ser uma medida simples e eficaz para prevenir infecções, cerca de 50% delas estão associadas aos cuidados de saúde e ocorre por meio das mãos de prestadores de cuidados de saúde¹⁷.

Nesse contexto, a Aliança Mundial para a Segurança do Doente, através do relatório “Diretrizes sobre a Higienização das Mãos na Prestação de Cuidados de Saúde”, vem concentrando parte de sua atenção na melhoria dos padrões e

práticas de higienização das mãos na assistência à saúde ajudando a implantar intervenções bem-sucedidas. A campanha “Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura” demonstra que a higienização das mãos é uma ação muito simples, reduz infecções e aumenta a segurança dos pacientes em todos os ambientes, desde sistemas avançados de cuidados de saúde em países industrializados a consultórios locais em países em desenvolvimento¹⁸.

No discurso dos profissionais entrevistados percebeu-se a importância dada por eles à campanha de higienização das mãos, sendo esta a parte do protocolo implantado pelo setor de Gestão do Risco e pelo Conselho de Administração no que se refere à segurança do paciente e ao processo de acreditação do hospital. Dessa forma, os profissionais, sejam os que exercem contato direto com o paciente, sejam os que exercem cargos de chefia, certamente se empenharão no sentido de alcançar e manter os objetivos da acreditação, uma vez que esta condição lhes dá uma base para uma prestação de cuidados segura, eficiente e eficaz.

Considerações Finais

A segurança do paciente, enquanto componente da qualidade dos cuidados de saúde, tem assumido grande relevância para pesquisadores, gestores, profissionais e pacientes que desejam uma prestação de cuidados com elevado nível de eficácia e eficiência.

As instituições de alta confiabilidade e com uma boa cultura de segurança antecipam os eventos adversos como forma de preparação para lidar com eles em todos os níveis da organização. Dessa forma, fornecem aos seus colaboradores ferramentas para desenvolverem habilidades de converter tais eventos adversos em resistência melhorada do sistema.

Neste estudo observou-se que os entrevistados referem que a segurança do paciente deve ser

de responsabilidade de todos os profissionais e de setores específicos do hospital de forma igual. Apesar disso, observou-se que as principais intervenções realizadas no último ano no hospital em estudo foram principalmente relacionadas aos profissionais, sendo que os participantes citam a importância das ações de formação e a campanha de higienização das mãos como práticas essenciais na segurança do paciente.

O investimento em pesquisas que tratam deste tema é de vital importância, pois, através de prioridades e estratégias predeterminadas, favorece bons resultados em nível de qualidade e, dessa forma, podem impactar nas políticas públicas para a implementação de melhores práticas de cuidados de saúde e melhoria na assistência ao paciente.

Referências

1. Grigoletto ARL, Gimenes FRE, Avelar MCQ. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. *Rev Eletr Enf*. 2011 Abr/Jun; 13(2):347-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10326>.*
2. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. *Qual Health Care*. 2009; 21(1):18-26.
3. Gouvea CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(6):1061-1078. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>.
4. Ranji SR, Shojania KG. Implementing Patient Safety Interventions in Your Hospital: What to Try and What to Avoid. *Med Clin N Am*. 2008; 92: 275–293.
5. Senders JW. FMEA and RCA: the mantras of modern risk management. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13:249–50.
6. Marx DA, Slonim AD. Assessing patient safety risk before the injury occurs: an introduction to

* versão corrigida.

- sociotechnical probabilistic risk modelling in health care. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(Suppl 2):ii33-8
7. Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(3):422. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>.
8. Neto AQ. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *RAS*. 2006; 8(33):153-8.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Rio de Janeiro: Edições 70; 1977.
10. Silva T, Wegner W, Pedro ENR. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2012 abr/jun; 14(2):337-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>
11. Ballard, K. Patient Safety: A Shared Responsibility. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2003; 8(3), Manuscript 4. Available from: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No3Sept2003/PatientSafety.aspx
12. Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 3rd ed. New York: Wiley; 2004.
13. Øvretveit J. Comparative Analysis of Swedish and British Leader's Attitudes to and Knowledge of Patient Safety: Report 2, Medical Management Centre, Karolinska Institutet. 2006.
14. Hirvonen-Kari M, Jarvinen H, Kivisaari L. Clinical audits and regulatory inspections – double efforts and expenses for radiation protection? *Acta Radiol*. 2010; 6:619-24.
15. Wong BM, Levinson W, Shojania KG. Quality improvement in medical education: Current state and future directions. *Med Educ*. 2012, 46(1):107-119.
16. Spruce L. Back to Basics: Hand hygiene and surgical hand antisepsis. *AORN Journal*. 2013; 98 (5):449-60.
17. Martin-Madrado C, Canada-Dorado A, Salinero-Fort MA, Abanades-Herranz JC, Arnal-Selfa R, Garcia-Ferradal I, et al. Effectiveness of a training programme to improve hand hygiene compliance in primary healthcare. *BMC Public Health*. 2009; 9: 469.
18. World Health Organization (WHO). *A World Alliance for Safer Health Care. More Than Words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2009.