

Artigo de Revisão de Literatura

Um olhar sobre a segurança do doente nos cuidados de saúde primários: revisão da literatura

A look through patient safety in primary health care in: literature review

Dora Carteiro^{1*}, Mariana Ramos¹, Susana Pereira¹, Isabel Lucas¹, Leila Sales¹

¹ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa. dcarteiro@esscvp.eu, marianaramos7636@esscvp.eu, susanapereira7644@esscvp.eu, ilucas@esscvp.eu, lsales@esscvp.eu

Introdução: A segurança do doente é uma dimensão multifatorial essencial na garantia da qualidade na prestação dos cuidados de saúde e transversal a todos os contextos. Atualmente deve ser encarada como uma necessidade intrínseca a todos os serviços de saúde envolvendo e sensibilizando todos os intervenientes no processo de cuidados.

Objetivo: Analisar a produção científica sobre a segurança do doente no contexto dos cuidados de saúde primários.

Método: Revisão da literatura.

Resultados: Da análise efetuada emergem como principais áreas de intervenção: a otimização da comunicação entre todos os profissionais envolvidos no processo de cuidados; o trabalho em equipa; a necessidade de assegurar os recursos humanos adequados e condições de trabalho seguras; a formação; a atualização e simplificação dos sistemas de notificação, que se foquem na aprendizagem e não no erro; e a necessidade permanente de avaliação da cultura de segurança, através de instrumentos adaptados, que permitam conhecer as realidades de forma a procurar estratégias de melhoria que beneficiem e traduzam os ganhos em saúde.

Considerações finais: Profissionais sensibilizados para a segurança do doente procuram nos seu locais de trabalho assegurar condições que garantam cuidados seguros e de qualidade. Uma prática consciente e motivada para a cultura de segurança e a continuidade da investigação na área contribuirão para que esta se torne uma realidade efetiva no contexto dos cuidados de saúde primários.

Introduction: Patient safety is an essential multifactorial dimension in ensuring quality in the provision of health care and transversal to all contexts. Currently, it should be seen as an intrinsic need for all health services involving and sensitizing all stakeholders in the care process.

Objective: To analyze the scientific production on patient safety in the context of primary health care.

Method: review of the literature.

Results: From the analysis carried out, the following main areas of intervention emerge: the optimization of communication between all professionals involved in the care process; teamwork; the need to ensure adequate human resources and safe working conditions; training; the updating and simplification of reporting systems, which focus on learning and not on error; and the permanent need to evaluate the safety culture, through adapted instruments, which allow knowing the realities in order to seek improvement strategies that benefit and translate health gains.

Final considerations: Professionals who are aware of patient safety seek to ensure conditions in their workplaces that guarantee safe and quality care. A conscious and motivated practice towards a culture of safety and the continuity of research in the area will contribute to this becoming an effective reality in the context of primary health care.

PALAVRAS-CHAVE: *Segurança do doente; cultura de segurança; gestão de risco; cuidados de saúde primários.*

KEY WORDS: *Patient safety; safety culture; risk management; primary health care.*

Submetido em 04.04.2023; Aceite em 23.05.2023; Publicado em 28.07.2023.

* **Correspondência:** Dora Carteiro

Email: dcarteiro@esscvp.eu

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários são o primeiro nível de serviços de saúde na comunidade, garantindo cuidados acessíveis, contínuos e completos¹. A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere como cuidados de saúde primários, aqueles que asseguram ao indivíduo cuidados de saúde globais, de acordo com as suas necessidades ao longo do ciclo de vida, e ainda nas situações em que ocorra doença. A sua filosofia de cuidados de proximidade deve centrar a intervenção na promoção da saúde e prevenção de doença, bem como no tratamento, reabilitação e cuidados de âmbito paliativo². Sendo muitas vezes o primeiro acesso aos serviços de saúde, é fundamental garantir que são prestados cuidados de qualidade, seguros e efetivos¹.

A segurança do doente deve ser uma preocupação constante durante todo o processo de cuidados, a

ocorrência de erros ou eventos adversos é uma probabilidade real e a sua minimização ou eliminação é algo relevante para garantir a qualidade dos mesmos. Qualquer alteração ou intercorrência nas ações planeadas pode resultar num erro e este por sua vez pode dar origem a um incidente quando tem por base um dano evitável para o doente³⁻⁶.

A prestação de cuidados de saúde implica dois eixos fundamentais que jamais se podem dissociar, a segurança e a qualidade. O assegurar a segurança nos cuidados de saúde tem vindo a assumir uma crescente valorização ao longo dos últimos anos, em todo o mundo e também em Portugal, evidenciando-se na prática e gestão de cuidados, nas políticas de saúde e na sociedade em geral. No entanto, esta temática tem vindo a ser sobretudo analisada a nível dos cuidados hospitalares, ficando

por vezes descurada a sua implementação nos cuidados de saúde primários¹.

A promoção de uma cultura de segurança dos cuidados baseia-se na implementação de boas práticas, sendo necessário abordá-la e compreendê-la na organização de forma a promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A definição de estratégias como a elaboração de normas e procedimentos, ou otimização dos existentes, o incentivo à notificação do erro sem julgamentos, a atribuição dos recursos necessários e uma aprendizagem/formação constante, contribuem para a identificação precoce do risco e promovem a segurança dos cuidados prestados⁶.

Numa organização a cultura de segurança é vital para melhorar as práticas e diminuir as atitudes problemáticas, tais como intercorrências na comunicação, baixa notificação de eventos adversos e a resposta punitiva aos erros. Para conseguir esta melhoria nos cuidados de saúde primários, é essencial compreender os valores, as crenças e as normas sobre o que é significativo na organização nesta área e quais as atitudes e comportamentos relacionados com a segurança do doente que podem ser alvo de intervenção⁶.

A segurança do doente é uma prioridade na prestação dos cuidados de saúde, no entanto existe sempre um potencial de risco associado quer à própria natureza dos cuidados, quer às condições onde se praticam e também inerente aos profissionais que os prestam. A antecipação do risco em saúde e a sua gestão pretendem que o mesmo não chegue a afetar a segurança do doente indo ao encontro do desafio global para a segurança do doente preconizado pela OMS em 2020 de “zero danos evitáveis”⁴.

No âmbito nacional, podemos perceber a preocupação com esta área ao encontrar várias diretivas orientadoras sobre a segurança do doente, em contexto de cuidados de saúde primários,

nomeadamente no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) que surge na continuidade de diretivas superiores recomendadas pela OMS e em normas da Direção Geral da Saúde (DGS), bem como em orientações das Comissões de Qualidade e Segurança⁷.

A implementação de uma cultura de segurança tem implícita a sua avaliação para posterior análise e melhoria consequente. Assim, surge a necessidade de um maior número de instrumentos para esta avaliação que na sua aplicabilidade devem ser adaptados à realidade dos cuidados de saúde primários pelas suas particularidades. Estes instrumentos de avaliação devem servir como orientadores para a tomada de decisão na área, especialmente para os gestores, uma vez que permitem identificar comportamentos e crenças dos profissionais a intervir e transformar.

Perante a temática apresentada surge a questão, “qual a produção científica sobre a segurança do doente no contexto dos cuidados de saúde primários?” e assim a presente revisão de literatura tem como objetivo analisar a produção científica sobre a segurança do doente no contexto dos cuidados de saúde primários.

METODOLOGIA

O presente artigo é uma revisão da literatura onde previamente efetuámos uma análise das palavras-chave na plataforma MeSH, com o objetivo de identificar os descritores a utilizar na pesquisa efetiva de evidência científica nas bases de dados. Assim, identificámos como descritores: *patient safety; risk management; primary health care*.

A equação de pesquisa utilizada foi “*patient safety AND risk management AND primary health care*”, aplicada no campo de resumo, na plataforma EBSCOhost, nomeadamente nas bases de dados

CINAHL complete, MEDLINE, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Plus Collection* e na PubMed.

A seleção dos artigos teve como critérios de inclusão: o acesso ao texto integral, o friso cronológico de 1.5.2017 a 31.5.2022, sem restrição de idioma e estudos que no seu conteúdo apresentassem contributos para melhor entender a problemática da segurança do doente no contexto dos cuidados de saúde primários.

Numa fase inicial, foram obtidos 47 estudos, dos quais após a análise do título e do resumo, ficaram reduzidos a 29 estudos. Por fim, depois da leitura do texto completo, análise da pertinência para a temática e aplicados os critérios de inclusão, selecionaram-se 21 estudos incluídos nesta revisão que abordam a cultura de segurança no contexto dos cuidados de saúde primários, mostrando a atualidade do tema e o interesse em aumentar a evidência científica sobre o mesmo.

Numa caracterização global dos estudos, efetuámos uma análise da localização geográfica dos mesmos, do tipo de estudo e ainda sobre os instrumentos de avaliação usados, de forma a caracterizar a amostra obtida.

Quanto à distribuição de âmbito geográfico, encontrámos a seguinte: Brasil 28,6% (6); Inglaterra e País de Gales 14,3% (3); Espanha 14,3% (3); Península Arábica – Omã 9,5% (2); Tunísia 9,5% (2); Holanda 4,8% (1); China 4,8% (1); Polónia 4,8% (1); Estados Unidos da América 4,8% (1) e Finlândia 4,8% (1).

Podemos verificar ainda que se trata na maioria de estudos de cariz quantitativo, concretamente cerca de 47,5% (10), cerca de 24% (5) de âmbito qualitativo, cerca de 19% (4) de carácter misto e por fim cerca de 9,5% (2) são revisões da literatura.

No que se refere à utilização de instrumentos de avaliação da segurança do doente nos estudos incluídos, constatamos a utilização de instrumentos próprios em alguns estudos e no que se refere a instrumentos padronizados verificamos um maior número de estudos a utilizar o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (3 estudos), Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente para Atenção Primária (CSPAP) (2 estudos), *Patient Safety Culture Scale for Chinese Primary Health Care Institutions* (PSCS-PC) baseado no *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF) (1 estudo) e *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) (1 estudo).

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A cultura de uma organização antes de qualquer mudança necessita primeiramente de ser avaliada nas diferentes dimensões envolvidas, nomeadamente através de instrumentos de avaliação^{8,9}. A literatura mostra diferentes instrumentos de avaliação que pretendem medir a cultura de segurança, uns mais dirigidos para a vertente hospitalar e outros com algumas dimensões mais direcionadas aos cuidados de saúde primários⁸.

A aplicação de instrumentos de avaliação da cultura de segurança é uma mais-valia, se os resultados obtidos forem analisados em equipa, com o estabelecimento de objetivos que contemplem os diferentes intervenientes, contribuindo assim para a valorização do clima de segurança e de melhoria de estratégias de comunicação, de análise e discussão dos erros em relatórios de incidentes de forma livre e isentos de culpa¹⁰.

A comunicação, a gestão da perceção da segurança e o trabalho em equipa estão presentes

em instrumentos de avaliação, o que as evidencia como dimensões subjacentes à segurança nos cuidados de saúde primários e são consideradas pela OMS como a base para uma cultura de segurança positiva, ou seja, se alguma delas falhar é um risco para a prática de cuidados de saúde seguros¹¹.

Apresentamos três instrumentos referidos nos estudos analisados para medir a cultura de segurança: o MaPSaF, o HSOPSC e o PSCS-PC. O MaPSaF pretende compreender como a cultura pode ser eficaz nos cuidados de saúde através de uma avaliação multidimensional e complexa de forma a identificar pontos fortes e fracos e, numa outra vertente, mostrar as diferenças existentes entre categorias profissionais. O inquérito HSOPSC é uma ferramenta que mede as perspetivas dos profissionais de saúde para uma cultura de segurança a nível individual, unitário e organizacional. Tem um amplo espectro de aplicabilidade, sendo possível aplicar a diferentes categorias profissionais, no âmbito da prestação de cuidados de saúde⁶. Um outro instrumento mencionado é o PSCS-PC que contém no seu todo 32 itens sob as seguintes sete dimensões: prioridade dada ao doente na segurança, formação sobre segurança dos doentes, perceção e relato de eventos de segurança do doente, sentimento punitivo, melhoria da segurança do doente, abertura da comunicação e compromisso global com a qualidade¹².

Cheng et al. reforçam a necessidade de instrumentos de avaliação numa cultura de segurança em cuidados de saúde primários e mencionam a utilização escassa do HSOPSC nesta área na China. Assim, estes autores propõem a aplicação de um questionário com uma Escala de Cultura de Segurança dos Doentes para instituições chinesas de cuidados de saúde primários que demonstrou uma boa fiabilidade e uma validade aceitável¹².

Na realidade nacional, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) (2015-2020), a DGS, através do Departamento de Qualidade na Saúde e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar desenvolveram, em conjunto, uma metodologia para a avaliação da cultura de segurança dos doentes, quer nos hospitais, quer nos cuidados de saúde primários. Foi publicado como norma nacional, e de dois em dois anos, pretende ser aplicado o questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários” que foi traduzido e validado para Portugal a partir do questionário MOSPSC, da *Agency for Healthcare Research and Quality*. Avalia dez dimensões da cultura de segurança do doente e pretende quantificar a cultura de segurança dos cuidados de saúde, permitindo identificar quais as melhorias, os comportamentos de segurança e os resultados, tanto para os doentes como para os profissionais¹³.

O MOSPSC é uma ferramenta que foi desenvolvida pela Agência para a Investigação e Qualidade dos Cuidados de Saúde em 2007, com o intuito de perceber a opinião dos prestadores de serviços médicos ambulatoriais e outros profissionais de saúde sobre a cultura de segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde no local de trabalho. Tem 38 itens agrupados em dez dimensões da cultura de segurança do doente e inclui perguntas sobre problemas relacionados com a troca de informações entre profissionais e sobre o acesso aos cuidados^{13,14}.

Ao longo de cinco anos, o PNSD 2015-2020 fomentou a segurança do doente no Serviço Nacional de Saúde, com melhorias ao nível de questões específicas como a cultura de segurança, a identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança da medicação, a prevenção de quedas, as infeções associadas aos cuidados de saúde e a notificação de incidentes de segurança. Paralelamente, a DGS, reconheceu a importância da

notificação de incidentes de segurança e criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA) ainda com baixa adesão na prática pelos profissionais⁷.

Atualmente, já está em vigor o novo PNSD 2021-2026, em que a sua elaboração assentou na experiência resultante da execução do plano anterior. De acordo com o Despacho 9390/2021 de 24 de setembro, o PNSD 2021-2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no Sistema Nacional de Saúde, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. O PNSD 2021-2026 atual prevê a atualização do modelo de Avaliação da Cultura de Segurança com a revisão integral do formulário de avaliação, em conjunto com as Comissões de Qualidade e Segurança e a implementação deste questionário em 95% das unidades de saúde⁷.

Numa vertente mais dirigida aos cuidados de saúde primários, os dirigentes dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e das Unidades Locais de Saúde (ULS), através das Comissões da Qualidade e Segurança são os responsáveis pela promoção da avaliação da cultura de segurança do doente neste contexto. Esta avaliação deve realizar-se nos ACES e nas ULS, com o preenchimento por todos os profissionais do instrumento de avaliação já referido. De reforçar as dimensões integradas no mesmo e também mobilizadas ao longo desta revisão: o trabalho em equipa, o acompanhamento do doente, a aprendizagem organizacional, as perceções gerais sobre a qualidade e a segurança do doente, a formação e treino dos profissionais, o apoio pela gestão, a comunicação aberta, nomeadamente acerca do erro, processos

administrativos e uniformização de procedimentos e a pressão e ritmo de trabalho¹⁵.

De referir nos cuidados de saúde primários a recente inclusão de indicadores de segurança do doente, em sede de contratualização das unidades funcionais dos ACES, com incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência que reforçam a preocupação nacional com esta temática.

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA

Os cuidados de saúde primários integram unidades heterogêneas, com comportamentos organizacionais distintos e a sua dinâmica funcional envolve a prestação de cuidados em ambientes particularmente diferentes da realidade hospitalar. Além da prestação de cuidados nas unidades de saúde, acresce a comunidade, a escola e o próprio domicílio dos doentes como possível ambiente de cuidados, o que potencia o risco de comprometer a segurança do doente⁵.

A adoção de práticas que primem por uma cultura de segurança nos cuidados de saúde primários e a sua contínua avaliação é uma necessidade cada vez mais evidente na literatura. No entanto, as instituições de cuidados de saúde primários são muitas vezes ignoradas no que se refere à avaliação da cultura de segurança do doente^{5,12}.

A evidência mostra que a perceção geral de segurança pelos profissionais de saúde é uma dimensão a ser desenvolvida, pelo que se torna necessário a implementação de estratégias que visem melhorar esta perceção dos profissionais sobre esta questão¹⁶. No panorama nacional, como forma de aumentar a perceção pelos profissionais e evidenciar a preocupação com a segurança do doente, surgiu o PNSD 2021-2026 que pretende

fomentar a prestação de cuidados de saúde de forma segura e com qualidade em todo o sistema de saúde, envolvendo na sua construção e análise diferentes profissionais de saúde. Este documento remete-nos para cinco eixos fundamentais de intervenção: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança e realização de práticas seguras em ambientes seguros que se mostram pertinentes e implícitos na análise dos estudos incluídos nesta revisão⁷.

Numa perspetiva multidisciplinar, encontramos na literatura analisada estudos que mostram diferentes perceções de acordo com a categoria profissional e face a algumas variáveis sociodemográficas dos participantes envolvidos. A perceção de uma cultura de segurança e da necessidade de ter em consideração alguns cuidados com vista a minimizar o risco para o doente e prestar cuidados de saúde seguros é diferente nas várias categorias profissionais. As políticas de saúde devem ter em consideração estas diferentes perceções, nomeadamente dos enfermeiros¹⁷.

Na análise dos fatores da cultura de segurança, o estudo *“Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey”* no âmbito dos cuidados de saúde primários mostra diferenças no que se refere à idade e experiência profissional. Os profissionais mais velhos apresentam-se mais preocupados do que os mais jovens, no que se refere ao clima de segurança e às perceções da gestão. Uma maior experiência profissional mostra-se mais relacionada a um maior clima de trabalho em equipa e uma comunicação aberta. Evidencia ainda que os enfermeiros mostram uma maior perceção para a importância da gestão e da comunicação face a outras profissões e os enfermeiros da triagem mostram mais preocupação do que os médicos¹⁰.

No estudo *“Assessment of nurses’ patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia”*

a perceção da segurança parece estar mais associada aos enfermeiros que exercem numa zona urbana em comparação com a zona rural e não foi associada significativamente com o género, categoria ou experiência profissional¹⁷.

O estudo de Raimondil et al., com o objetivo de comparar a cultura de segurança do doente em diferentes categorias profissionais que intervêm nos cuidados de saúde primários, mostrou que os enfermeiros apresentaram uma maior cultura positiva de segurança do doente e os assistentes operacionais uma menor. A perceção negativa dos assistentes operacionais em relação a esta temática parece estar relacionada com algum distanciamento destes profissionais nas equipas e com a menor diferenciação/escolaridade. Assim, a formação poderá ser uma estratégia de capacitação e sensibilização destes profissionais para promover a alteração do comportamento individual e consequentemente também coletivo. No entanto, será imperativo proporcionar-lhes recursos e meios adequados às suas funções, adotando medidas facilitadoras de identificação de risco de forma a, proativamente, reduzir a incidência de eventos adversos. De realçar ainda a importância da troca de informação e do apoio dos gestores a todos os profissionais, de todas as categorias profissionais, em especial às que carecem de maior motivação¹⁸.

Um maior tempo de trabalho na instituição foi significativo para uma cultura de trabalho em equipa mais positiva. Os profissionais mais experientes colaboram na rotina de trabalho e contribuem para o desempenho dos colegas mais jovens da equipa, permitindo uma melhor comunicação e troca de conhecimentos e experiências, o que fortalece a cultura de segurança¹⁹.

No estudo *“Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers”*, contrariamente, os domínios individuais referentes à cultura de segurança, foram melhor entendidos pelos mais jovens e com tempo de serviço inferior a dez anos, mostrando ainda

diferenças no que se refere à localização (urbana ou rural) e com o género²⁰. Por outro lado, o género foi um fator não influente no estudo de Smitsa et al.¹⁰.

A gestão de risco e uma efetiva cultura de segurança implica ainda a sensibilização dos profissionais para o compromisso na identificação de erros, para a necessidade do trabalho em equipa e para o planeamento e realização de mudanças face às necessidades encontradas¹⁸.

Uma abordagem de qualidade deve ser estabelecida com uma gestão participativa e liderança determinada para estabelecer uma cultura de segurança nos cuidados, envolvendo todos os intervenientes, com um objetivo final comum de prestação de cuidados de saúde seguros em cuidados de saúde primários¹⁶.

O estudo *“Analysis of Patient Safety Incidents in Primary Care Reported in an Electronic Registry Application”* refere algumas áreas críticas, que parecem estar interligadas e impactantes na promoção de uma cultura de segurança nos cuidados de saúde: a comunicação, a gestão clínica e administrativa, a própria prestação de cuidados e mais especificamente os cuidados inerentes à medicação²¹. Outras dimensões envolvidas foram: aprendizagem organizacional, trabalho em equipa, perceção de segurança e qualidade, liderança, apoio à segurança do doente, comunicação, treino de competências, processos administrativos e padronização, notificação do erro, atendimento/acompanhamento e pressão e ritmo de trabalho^{9,20}.

Para implementar ou primar por uma cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários, emergem como áreas de intervenção para tal, a comunicação, o trabalho em equipa, a notificação de eventos adversos/erros, a formação, os recursos humanos e condições de trabalho que passamos a explorar de seguida.

OTIMIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO E VALORIZAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPA

Inerente à segurança do doente, surge a comunicação como uma estratégia fundamental quando se aborda a questão da prevenção do risco. A evidência dita que o seu uso entre profissionais apresenta algumas limitações, existindo diferentes frequências entre diferentes profissionais e alguma interferência também em termos de hierarquia, o que pode levar a algum condicionamento na resolução de problemas comuns. Relacionada com a comunicação, surge ainda a importância de reuniões multidisciplinares que é identificada como algo muito positivo na facilitação da comunicação, na partilha de conhecimento e objetivos e na promoção do respeito entre profissionais. Os sistemas de informação constituem também uma importante e eficaz metodologia em termos de comunicação, abolindo algumas barreiras relacionadas com hierarquias e com as próprias características individuais de cada profissional⁴.

Os profissionais de saúde destacam como fatores negativos para uma cultura de segurança as condições de trabalho, o suporte da gestão e a avaliação global da qualidade dos cuidados que se traduzem em causas de erros, nomeadamente pelas dificuldades na comunicação entre a equipa, com os gestores e na rede de cuidados. A falha na comunicação é o principal fator que contribui para a ocorrência de erros, associado à inexperiência profissional, tratamentos e exames inadequados e também dificuldades no atendimento administrativo. Destaca-se a importância de estabelecer uma comunicação eficaz entre profissionais, gestores e toda a rede de cuidados, afim de estabelecer análises sobre o processo de trabalho e implementar soluções que incentivem atitudes de segurança. Uma comunicação concisa e frequente entre equipas e com os doentes mostra-se determinante numa cultura de segurança^{6,18,19}.

A otimização da comunicação entre os diferentes intervenientes no processo de cuidados é um dos objetivos do PNSD 2021-2026, evidenciando a importância desta área em todo o processo de cuidados, nomeadamente no que se refere a momentos de transmissão de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Destaca-se a vertente digital, os sistemas de informação e as ferramentas eletrónicas, bem como a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação⁷.

A implementação de protocolos, a formação dos profissionais e a melhoria da comunicação, pretendem estabelecer uma cultura de segurança construtiva, para o doente e para as equipas de saúde¹⁹. A cultura de segurança impõe um investimento na valorização do trabalho em equipa, com treino de técnicas de simulação de casos em equipas multidisciplinares, identificação de falhas e estabelecimento de protocolos de comunicação para aperfeiçoar a prática, reduzir eventuais necessidades e dificuldades e também contribuir para a satisfação dos profissionais^{16-18,20}.

As instituições de prestação de cuidados que encaram a segurança como uma prioridade, têm uma redução no número de ocorrências de eventos adversos. Identifica-se como prioritário o investimento no trabalho em equipa e no bom ambiente laboral, refletindo-se em ganhos para os doentes, para os profissionais e também para as instituições²².

RECURSOS HUMANOS E CONDIÇÕES DE TRABALHO

O número inadequado de profissionais em cuidados primários é um dos fatores mencionados pelos enfermeiros como impactantes na segurança dos cuidados, bem como o excessivo volume de horas de exercício que também prejudica a qualidade dos

cuidados prestados. Salientam ainda a necessidade de padrões de segurança e a implementação de estratégias que facilitem a consciencialização das necessidades e de mudar práticas^{6,17}.

O estudo *“Patient safety culture in the Primary Health Care”* avalia a cultura de segurança dos doentes em ambiente de cuidados de saúde primários, no Brasil, com diferentes profissionais de saúde de diversas áreas e gestores e aponta para uma elevada precariedade dos cuidados prestados, sendo os enfermeiros os profissionais que mostraram uma perspetiva mais negativa no que se refere à satisfação no trabalho. Os principais fatores dessa insatisfação são a falta de profissionais, falta de reconhecimento profissional e elevada pressão no ambiente de trabalho, enquadrando-se estas lacunas de investimento nos cuidados de saúde primários, nomeadamente no que se refere às dotações seguras de recursos humanos¹⁹.

Do mesmo modo, o elevado nível de stresse sentido pelos profissionais, associado à fadiga, ansiedade e falta de motivação por não fazer o trabalho no tempo esperado, podem influenciar o desempenho individual e coletivo da equipa, aumentando o risco de incidentes que colocam em causa a segurança dos doentes¹⁹.

A valorização profissional, uma dinâmica de equipa, uma comunicação eficaz entre os gestores, equipas e doentes, uma correta alocação de recursos e a coordenação de cuidados são áreas prioritárias de intervenção para uma cultura de segurança^{18,22}.

FORMAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE MELHORIA

A formação dos diferentes profissionais da equipa multidisciplinar em reuniões periódicas onde se efetue a discussão do processo de trabalho e de casos clínicos é fundamental¹⁸. As temáticas de

formação em gestão de risco, um programa de educação continuada que integre o líder nos conceitos de gestão, liderança em geral, gestão de equipas e de conflitos, são áreas a considerar nos planos de formação das instituições promotoras de uma cultura de segurança¹⁶.

A formação teórica e prática para um desempenho que valorize o trabalho em equipa, os diferentes contributos profissionais e estratégias de comunicação eficazes contribuirão para a promoção de uma prática de cuidados mais segura. A melhoria da segurança do doente nos cuidados de saúde primários é inevitavelmente integrada numa cultura de gestão de qualidade que dê ênfase a uma comunicação aberta e livre de culpa, numa liderança que valorize o trabalho em equipa e numa filosofia de aprendizagem organizacional contínua. No entanto, toda esta gestão impõe mudança de valores e atitudes que exigem tempo e motivação para uma melhor prática que tenha em consideração a gestão do risco na prática de cuidados¹⁷.

Musmanno et al. reforçam como fatores importantes numa cultura de segurança, a falta de conhecimento dos profissionais sobre o tema, embora sensíveis ao problema, a falta de atenção para com o doente, as falhas na comunicação e problemas com a estrutura do serviço. A educação permanente e sistemática favorece o processo de transferência de conhecimentos entre os membros da equipa, extremamente importante para a qualidade dos cuidados e padronização de ações que podem ser o caminho a seguir pelos gestores para o desenvolvimento de uma cultura de segurança e melhoria nos cuidados²³.

Os profissionais devem ser incentivados a expressar as suas necessidades, expectativas e dificuldades e inclusivamente os erros que ocorrerem numa cultura de segurança livre de medos e facilitadora da aprendizagem, nomeadamente com o erro e com a sua análise¹⁶.

Nos cuidados de saúde primários deve ser implementado um processo de melhoria contínua da qualidade que decorre em quatro fases segundo o estudo *“Culture De Sécurité Des Soins Dans Les Centres De Soins Primaires Tunisiens: Une Étude Multicentrique”*. Este processo permitirá identificar os principais riscos, tanto os que podem ocorrer (abordagem *a priori* ou proativa) como aqueles que já ocorreram (*a posteriori* ou abordagem retroativa), analisar esses riscos, determinar a criticidade (gravidade, frequência, medidas preventivas existentes) e enumerar as causas dos problemas identificados. No estudo de Mallouli et al., destaca-se a importância da formação, nomeadamente na área da gestão, comunicação, liderança e gestão de risco, de forma a envolver todos os intervenientes no processo de cuidados¹⁶.

A promoção da formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente faz parte do PNSD 2021-2026 com um objetivo de desenvolver a inclusão destas temáticas nos planos de formação das organizações e na dinamização de ações específicas. Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde e a sua monitorização são objetivos a cumprir neste plano. Consolida ainda que o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde são fatores determinantes que impactam na segurança, efetividade e qualidade dos cuidados e reforça a importância dos recursos existentes, bem como da formação dos profissionais de saúde⁷.

SIMPLIFICAR E MOTIVAR PARA A NOTIFICAÇÃO DE ERRO/EVENTO ADVERSO

A ocorrência de eventos adversos na prática de cuidados e as suas consequências têm mostrado a necessidade de investimento na segurança do doente também nos cuidados de saúde primários.

Uma prática segura tem implícita a abordagem do erro, nomeadamente com a subnotificação e a sua associação frequente a uma má prática em vez de uma oportunidade para aprender e melhorar. No entanto, esta situação pode ser analisada pela persistência de algumas dificuldades, tais como, a falta de tempo para notificar, a falta de feedback sobre o problema, medo de culpa e represálias, perda de confiança pelo doente e de alteração do prestígio no contexto profissional¹⁷.

A implementação de um sistema de notificação e gestão de incidentes, através da utilização de um formulário online em que o profissional pode reportar qualquer tipo de incidente, previamente categorizado no sistema em substituição da comunicação tradicional informal e por vezes verbal no corredor ou através de notas escritas, foi uma mais-valia destacada. Cada notificação é distribuída a uma equipa de melhoria que procede à sua avaliação e executa as ações necessárias à resolução. Esta ferramenta de gestão promove a melhoria da qualidade dos cuidados através da identificação e registo de problemas ou erros e a implementação de estratégias que promovem melhorias contínuas nos circuitos e processos. Destacaram-se problemas relacionados com equipamentos de informática, manutenção/assistência técnica, programação de agenda, erros em circuitos e protocolos internos. Apesar dos benefícios da aplicação deste sistema continuam a existir muitos incidentes não relatados, talvez porque o profissional não os considere suficientemente significativos ou pela dificuldade em mudar hábitos estabelecidos quando se repetem incidentes sobre a mesma questão²⁴.

A crescente notificação de alguns incidentes implica um aumento significativo do tempo dedicado à sua gestão e com isso uma maior carga de trabalho para os profissionais responsáveis, sem a existência de quaisquer recursos adicionais, o que também pode ser relacionado com a dimensão da necessidade de recursos humanos suficientes. Mellado et al. acrescentam a possibilidade de um sistema de

comunicação de incidentes mais automático e que previamente se possam determinar fluxos de comunicação de forma personalizada para as equipas de análise e posterior implementação de melhoria²⁴.

A segurança do doente é uma área sensível para o envolvimento dos profissionais, mas ainda pouco motivadora numa cultura onde existe o histórico de carência de formação para lidar com o erro, muitos sentimentos de incapacidade, incompetência, culpa, vergonha e por vezes medo de punições legais, éticas e sociais associadas ao erro. Mendes e Barroso, acrescentam ainda que a ocultação do erro é por si mesmo um evento adverso que deve ser analisado de forma a fomentar mudança de atitudes e resultar em aprendizagem⁵.

Evidencia-se ainda a importância de políticas que incluam uma cultura de segurança nos cuidados de saúde primários que promovam uma comunicação aberta e a implementação de um sistema automático de notificação de eventos, tendo particular atenção para os recursos humanos necessários, nomeadamente em momentos de transmissão de informação sobre os doentes. A simplificação dos processos burocráticos associados à notificação deve ser implementada como estratégia facilitadora e motivadora da notificação por parte dos profissionais^{5,9}. Os profissionais de saúde devem ser incentivados à notificação de incidentes/eventos adversos e à sua análise de forma a criar uma visão atualizada global de risco que oriente para estratégias de melhoria e para uma prática de cuidados segura, nomeadamente com a criação de projetos com a finalidade de promover uma cultura de segurança nos cuidados de saúde primários²¹.

O evento adverso é muitas vezes associado ao profissional enquanto pessoa, em vez de ser analisado o próprio evento que ocorreu; esta particularidade leva ao constrangimento na notificação. Deveriam ser implementadas práticas que incentivem a notificação e até mesmo a

recompensa pela mesma. A identificação de erros, a sua notificação, análise e implementação de estratégias de melhoria são elementos fundamentais no ciclo de melhoria de segurança e qualidade na prática de cuidados. A participação em comissões de gestão de risco mostrou ser um fator importante, nomeadamente com uma associação a um maior relato de eventos adversos por parte de elementos que integram estas comissões¹⁷. Reforça-se ainda que a cultura organizacional está muitas vezes mais focada na culpabilização do indivíduo em vez de dirigir a sua atenção para a aprendizagem obtida com o evento e o seu impacto na melhoria de práticas futuras⁸.

A implementação de um sistema voluntário de comunicação de incidentes é considerada fundamental para o registo e processamento de informação. A consciência da gravidade dos incidentes, das causas, dos possíveis fatores contribuintes e das áreas críticas, é crucial para uma gestão eficaz da segurança nos cuidados de saúde. O primeiro passo para prevenir incidentes de segurança do doente é obter e analisar registos sobre a frequência, tipo, impacto e fatores causais ou contributivos. Para tal existem ferramentas eletrónicas, aplicações de notificação de incidentes de segurança para a avaliação dos erros e perigos que na maioria dos casos são considerados passíveis de identificar, analisar e prever²¹.

Muitas vezes associado ao erro surge também a temática da medicação. No estudo de Toivo et al., com o objetivo de avaliar o impacto de uma intervenção coordenada para avaliação dos riscos da polimedicação e interação medicamentosa nos doentes em cuidados domiciliários, os resultados mostraram como esta avaliação promove mudanças nos riscos da medicação. A intervenção coordenada de cuidados utilizada neste estudo indicou tendência à efetividade quando implementado conforme planeado. O valor deste artigo prima por fomentar a discussão de experiências reais e os desafios na implementação de novas práticas nos

cuidados domiciliários, uma das áreas de intervenção em cuidados de saúde primários²⁵.

O estudo *“Sources of unsafe primary care for older adults: a mixed-methods analysis of patient safety incident reports”* concluiu que os cuidados inseguros estavam ligados a incidentes com a prescrição e administração de medicação, problemas de comunicação, delegação de competências e tomada de decisão clínica. Assim, identificaram como áreas prioritárias para cuidados mais seguros dispor de ferramentas eletrónicas adaptadas a cada realidade e minimizando o erro humano²⁶.

Na temática da medicação, um outro estudo, *“Repeat prescribing of medications: A system-centred risk management model for primary care organizations”*, focou-se no problema da prescrição repetitiva do mesmo medicamento e em como isso é um fator de risco para a segurança do doente. Trata-se de um problema que pode ter severos impactos na segurança, pelo que importa a implementação de um modelo de gestão nos cuidados de saúde primários orientado para minimizar esta problemática, recorrendo à tecnologia e aos sistemas de inteligência artificial como estratégia para minimizar a repetição de prescrição de medicamentos, resultando assim em ganhos em saúde²⁷.

No estudo *“Nature of Blame in Patient Safety Incident Reports: Mixed Methods Analysis of a National Database”* os profissionais de saúde quando relatam incidentes atribuem culpa à pessoa e identificam esta situação como uma dificuldade na notificação de incidentes²⁸. Na mesma linha de pensamento, Cooper et al. referem a necessidade de notificação do erro e reafirmam a ideia da cultura da culpa e punição, ao invés da oportunidade de aprendizagem e melhoria com o erro¹⁹. O medo de ser responsabilizado pode explicar a relutância dos profissionais em usar sistemas de notificação de incidentes ou para comunicar preocupações de segurança do doente. Outra hipótese tida em conta

refere que os profissionais dos cuidados de saúde primários possam ser mais vulneráveis à atribuição de culpa individual, pela tomada de decisão mais individual, ao contrário dos profissionais de meios hospitalares, com equipas de maior dimensão, que permitem uma maior distribuição de tarefas e responsabilidades. Assim, reforçam que a melhoria da segurança do doente através da análise de relatórios de incidentes é importante, mas é imprescindível que os gestores tenham a noção da responsabilidade acrescida em motivar os profissionais para a notificação numa cultura livre de culpa²⁸.

Mendes e Barroso corroboram as ideias anteriores e simplificam que cada vez mais devemos primar por uma cultura de responsabilização sem a vertente da culpabilização. A análise dos incidentes deve focar-se no sistema e não no indivíduo, com relatos centrados nas ocorrências e privilegiando o anonimato⁵. Também o PNSD 2021-2026, nos seus objetivos, prevê aumentar a cultura de transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no sistema NOTIFICA e promover o acompanhamento e avaliação subjacente⁷.

Nos cuidados de saúde primários, os elementos de segurança estão integrados nas questões de comunicação e também nos aspetos tecnológicos ou administrativos dos cuidados²⁹. A monitorização dos eventos adversos deve passar por um circuito simplificado e a sua inclusão nos indicadores de contratualização das unidades poderia ser um fator promotor de uma maior atenção para esta temática⁵. Numa vertente de investigação é marcante nos estudos analisados a necessidade de mais estudos na área da segurança nos cuidados de saúde primários,¹² nomeadamente na área de cuidados às pessoas idosas¹⁹. Uma mudança de paradigma impõe uma cultura de segurança positiva, aberta e justa, em que os profissionais tenham consciência real e permanente das práticas onde as falhas podem ocorrer e quando ocorrem as

notifiquem e aceitem como motivadoras de aprendizagem⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados de saúde primários são frequentemente a porta de entrada para os cuidados de saúde. A sua vertente multidisciplinar, os diferentes contextos de intervenção e o elevado número de atendimentos à população evidenciam a necessidade de se assegurar uma cultura de segurança do doente nos cuidados prestados nas diferentes unidades.

A preocupação efetiva com esta temática no quotidiano requer um maior investimento. Antes de implementar programas de segurança dos doentes, os profissionais de saúde devem compreender e perceber concretamente o que implica a cultura de segurança e a necessidade de uma efetiva participação ativa de todos os intervenientes no processo de cuidados.

A revisão efetuada com o objetivo de analisar a produção científica sobre a segurança do doente no contexto dos cuidados de saúde primários, mostra a importância da otimização da comunicação como estratégia imprescindível entre equipas, nas equipas, com os gestores e com os doentes e, na mesma linha, reforça a relevância da valorização do trabalho em equipa. Evidencia-se ainda a importância de dotações seguras e adequadas condições de trabalho e a valorização, envolvimento e reconhecimento dos profissionais na prática de cuidados seguros.

Uma prestação de cuidados que prime pela qualidade não se pode dissociar de assegurar a segurança nos mesmos e para tal devem existir normas e circuitos simplificados e predefinidos que facilitem a notificação de eventos adversos, numa

filosofia de incentivo e livre de culpa, motivando para a aprendizagem e para a melhoria contínua.

A avaliação da cultura de segurança das instituições, através de instrumentos de avaliação adaptados aos contextos, é uma realidade a continuar a implementar e atualizar com o envolvimento de todas as estruturas intervenientes, no sentido de obter um conhecimento cada vez mais verídico da prática e das necessidades de intervenção reais para que se possam implementar estratégias de melhoria dirigidas, efetivas e eficazes.

A investigação nesta área da segurança do doente em cuidados de saúde primários, a nível nacional, fortalece esta preocupação e sensibiliza para a necessidade de mudança de mentalidades que focalizem a aprendizagem, a formação e a melhoria obtida por esta cultura de segurança em vez de uma postura de culpabilização e penalização.

Fomentar uma cultura de segurança é um processo complexo, por vezes dificultado pela diminuta perceção desta necessidade e compreensão da sua importância. Implica o investimento em recursos, empenho e motivação de profissionais da prática e da gestão e um olhar apenas no sentido da melhoria da qualidade e segurança nos cuidados de saúde primários.

REFERÊNCIAS

- Ordem dos enfermeiros. Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários. 2020 [citada 2022 Jun 30]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-sobre-seguran%C3%A7a-do-doente/>
- World Health Organization. Cuidados de saúde primários. 2021 [citada 2022 Jun 30]. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- World Health Organization, G. Conceptual framework for the international classification for patient safety. In: Version 1.1 final technical report January, 2011.
- Ramos S, Sales L, et al. Segurança do Doente: princípios e conceitos. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, Coordenadores. Guia Prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel, 2021; p.125-133.
- Mendes C, Barroso F. Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa da Saúde Pública. 2014; 32(2):197-205.
- Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. BMC Fam Pract. 2018; 19(1):104.
- Ministério da Saúde. Despacho nº 187/2021, de 24 de setembro de 2021. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República, 24 set 2021; 187 (II série):96-103.
- Eiras M. Cultura de segurança do doente: Novos desafios para mudar de paradigma. In: Barroso F, Sales L, Ramos S, Coordenadores. Guia Prático para a segurança do doente. Lisboa: Lidel, 2021; p.41-49.
- Al Lawati MH, Short SD, Abdulhadi NN, Panchatcharam SM, Dennis S. Assessment of patient safety culture in primary health care in Muscat, Oman: a questionnaire -based survey. BMC Fam Pract. 2019; 20(1):50.
- Smits M, Keizer E, Giesen P, Deilkkamp ECT, Hofoss D, Bondevik GT. Patient safety culture in out-of-hours primary care services in the Netherlands: a cross-sectional survey. Scand J Prim Health Care. 2018 ;36(1):28-35.
- Vasconcelos PF, Arruda LP, Sousa Freire VEC, Carvalho REFL. Instruments for evaluation of safety culture in primary health care: integrative review of the literature. Public Health. 2018; 156:147-151.
- Cheng S, Hu Y, Pfaff H, et al. The patient safety culture scale for Chinese primary health care institutions: development, validity and reliability. J Patient Saf. 2021; 17(2):114-121.
- Ministério da Saúde. Despacho nº 1400-A/2015, de 2 de fevereiro de 2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 10 fev 2015; 28 (II série): 3882 (2)-3882 (10).
- Agency for Healthcare Research and Quality. Medical Office Survey on Patient Safety Culture. 2022 [citada 2022 Jun 30]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/medical-office/index.html>
- Ministério da Saúde. Norma nº 03/2015, atualizado a 13 de fevereiro de 2019. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários. Diário da República, 13 fev. 2019; (II série).
- Mallouli M, Aouicha W, Tili MA, et al. Culture de sécurité des soins dans les centres de soins primaires tunisiens?: une étude multicentrique [Safety culture in Tunisian

- primary health care: A multicenter study]. *Sante Publique*. 2017; 29(5):685-691.
17. Tlili MA, Aouicha W, Ben Dhiab M, Mallouli M. Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia. *East Mediterr Health J*. 2020; 26(11):1347-1354.
18. Raimondil D, Bernall S, Matsuda L. Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. *Revista Saúde Pública*. 2019; 53:42.
19. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, Andolhe R, Kolankiewicz ACB, Magnago TSBS. Patient safety culture in the Primary Health Care. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(1):27-34.
20. Raczkiewicz D, Owoc J, Krakowiak J, Rzemek C, Owoc A, Bojar I. Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers. *Int J Qual Health Care*. 2019; 31(8):G60-G66.
21. Gens-Barberà M, Hernández-Vidal N, Vidal-Esteve E, et al. Analysis of patient safety incidents in primary care reported in an electronic registry application. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(17):8941.
22. Blumenthal KJ, Chien AT, Singer SJ. Relationship among team dynamics, care coordination and perception of safety culture in primary care. *Fam Pract*. 2018; 35(6):718-723.
23. Musmanno L, Bezerra A, Melo M, et al. Perception of community health agents about patient safety. *J Nurs UFPE online*. 2018; 12(11):2978-2985.
24. Luque Mellado FJ, Martos Molines FJ, Lebrero Villa Y. Integral incident management system in primary care: Beyond patient safety. *Rev Calid Asist*. 2017; 32(6):335-341.
25. Toivo T, Airaksinen M, Dimitrow M, et al. Enhanced coordination of care to reduce medication risks in older home care clients in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2019; 19(1):332.
26. Cooper A, Edwards A, Williams H, et al. Sources of unsafe primary care for older adults: a mixed-methods analysis of patient safety incident reports. *Age Ageing*. 2017; 46(5):833-839.
27. Price J, Man SL, Bartlett S, Taylor K, Dinwoodie M, Bowie P. Repeat prescribing of medications: A system-centred risk management model for primary care organisations. *J Eval Clin Pract*. 2017; 23(4):779-796.
28. Cooper J, Edwards A, Williams H, et al. Nature of blame in patient safety incident reports: mixed methods analysis of a national database. *Ann Fam Med*. 2017; 15(5):455-461.
29. Daker-White G, Hays R, Blakeman T, et al. Safety work and risk management as burdens of treatment in primary care: insights from a focused ethnographic study of patients with multimorbidity. *BMC Fam Pract*. 2018; 19(1):155.