

■ Capítulo 27 | Três Décadas da Qualidade em Saúde – Que Futuro?

Margarida França

mfranca@mail.telepac.pt

ULSRA, EPE e Católica Porto Business School

Margarida Eiras

margaridaeiras@gmail.com

ESTeSL-IPL

Resumo:

Nos dias de hoje, a Qualidade em Saúde não está dissociada da Segurança do Doente, cujo movimento surge com a publicação do Relatório *To err is Human*. Desde essa altura que as políticas de saúde, tanto ao nível internacional como nacional, têm uma preocupação crescente com a avaliação e a melhoria dos cuidados de saúde. Este documento aborda as Políticas Públicas e a Qualidade em Saúde, bem como o movimento da Segurança do Doente e as ações desenvolvidas em Portugal nos últimos anos. Finalizamos com propostas de desenvolvimento que poderão contribuir para uma reflexão sobre o futuro da Qualidade e Segurança em Portugal.

Palavras-chave: Qualidade em Saúde; Segurança do Doente.

Abstract:

Nowadays, Quality in Health is not dissociated from Patient Safety, the movement for which emerged with the publication of the *To err is Human* report. Since then, health policies at both international and national level have been increasingly concerned with evaluating and improving healthcare. This document looks at Public Policies and Quality in Health, as well as the Patient Safety movement and the actions taken in Portugal in recent years. We end with proposals for development that could contribute to a reflection on the future of Quality and Safety in Portugal.

Keywords: Quality in Healthcare; Patient Safety

27.1 Qualidade em Saúde

Nas últimas décadas a Qualidade como disciplina autónoma emergiu muito para além do contexto do setor industrial, tendo sido integrada como dimensão obrigatória dos sistemas de saúde dos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Neste novo espaço de aplicação, de elevada sensibilidade e complexidade, a gestão da qualidade assumiu contornos específicos e profundidade através do desenvolvimento de novos construtos e da sua dissecação em múltiplas dimensões que foram sendo mais ou menos valorizadas, de acordo com os sucessivos contextos legais, sociais e económicos.

A própria definição de Qualidade em Saúde acompanhou a evolução no tempo do conceito de saúde e das múltiplas respostas às situações de doença. De facto, situações não esperadas como epidemias de doenças transmissíveis e calamidades ambientais ou sociais originaram respostas inovadoras de saúde e introdução de novos requisitos da qualidade e segurança do doente no quadro da Nova Saúde Pública.

No documento de Memorando da 14.^a reunião plenária do *Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health* da Comissão Europeia, realizada no dia 3 de maio de 2016, é explicitamente afirmado que a qualidade e a segurança têm estado e deverão permanecer no coração dos processos hospitalares (European Commission, 2016), sendo que o hospital continua a representar o exemplo de expoente de complexidade organizacional e a galvanizar a atenção dos poderes políticos.

Com o movimento internacional da Segurança do Doente, designadamente com a publicação do relatório *To Err Is Human* do Instituto de Medicina Americano no ano de 2000 (Kohn et al, 2000), a dimensão da segurança do doente passou a ser entendida como basilar ao conceito geral da qualidade em saúde tendo, em simultâneo, reforçado a necessidade ou mesmo obrigatoriedade da criação de sistemas de gestão da qualidade nos diversos níveis da prestação de cuidados.

O próprio conceito da Qualidade em Saúde pode ser entendido numa perspetiva não de resultado, mas sim como processo de influenciar ou intervir nos *outcomes* do sistema. Neste sentido, a OCDE considera, no quadro de documento súpula do *Health Ministerial Meeting* de 2010, os métodos e ferramentas da qualidade como meios estratégicos de melhoria dos resultados em saúde através do desenho do próprio sistema de saúde (OCDE, 2010).

27.1.1 Políticas Públicas da Qualidade em Saúde

Nos últimos anos as políticas de saúde têm mantido uma preocupação crescente com a avaliação e a melhoria dos cuidados de saúde (Davies, H.T.O. et al, 2000; OCDE, 2017).

Das iniciativas e estudos dos EUA e Reino Unido, resultaram múltiplos documentos e relatórios, dos quais se destacam as obras seminais do movimento de segurança do doente, designadamente *To Err Is Human* do Instituto de Medicina Americana (IOM) e *An organization with a memory* do Departamento da Saúde Inglês, respetivamente em 1999 e 2000 (Kohn, 2000).

Os temas da saúde, porque ligados diretamente à vida e aos direitos individuais e indisponíveis, e as respetivas estratégias têm sido largamente entendidos como parte integrante das políticas públicas sempre e desde que no quadro de democracias representativas com sistemas de saúde com financiamento público ou maioritariamente público (Oswald, 2015).

Parece-nos, pois, ser de questionar se os sistemas de saúde no quadro dos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento devem colocar nas suas agendas políticas a Gestão da Qualidade e que prioridade lhe deverão atribuir na respetiva agenda-*setting*.

A introdução da gestão pela qualidade total ou melhoria da qualidade no setor da saúde decorreu diretamente das inovações na década de 1980 da Nova Gestão Pública no quadro dos serviços de saúde da Europa e, muito em especial, dos Estados Unidos da América, Austrália e Nova Zelândia, com objetivos claros de melhoria de eficiência e promoção da *accountability*. A crise económica do final dos anos setenta no conjunto dos países europeus teve um enorme impacto no tecido produtivo com a hipervalorização da eficiência das organizações. O recurso às metodologias da qualidade permitiram colocar o foco dos gestores no aumento da eficiência e na redução do desperdício. O setor privado que apresentava ganhos de organização e eficiência evidentes rivalizava com a administração pública, ainda embrenhada nos valores tradicionais da conformidade regulamentar, hierárquica e burocrática.

De facto, o modelo tradicional do pós-guerra de reconstrução e crescimento, deixou de responder cabalmente aos novos desafios impostos pelos desenvolvimentos social, económico e tecnológico, designadamente não tendo conseguido acompanhar a subida dos níveis de exigência dos cidadãos relativamente aos serviços públicos (OCDE, 2005). Esta pressão externa foi particularmente sentida no setor da saúde pelo manifesto desenvolvimento tecnológico, pressão do utente, pressão dos meios de comunicação e alteração das condições clínicas mais prevalentes, designadamente no sentido do crescimento das doenças crónicas.

Contudo, a saúde é por tradição, um setor com elevado predomínio das classes profissionais, muito em especial da classe médica e de enfermagem, assumindo um papel central na governação das suas organizações – burocracias profissionais, na classificação de Mintzberg (Mintzberg, 1996). As críticas aos profissionais e ao “carreirismo” agudizaram-se e as falhas de desempenho e má-práticas dos profissionais passaram a ser publicamente discutidas, com manifesto prejuízo para a autonomia das profissões e da sua função de autorregulação. Esta situação refletiu-se muito em particular no setor da saúde, até então muito alicerçado nos saberes e códigos de ética das profissões da saúde.

Mas ao contrário dos restantes setores da governação pública, a Qualidade na saúde teve a sua génese na ação dos colégios profissionais ou na ação individual dos profissionais, de que são bons exemplos a ação da enfermeira Florence Nightingale no contexto da Guerra da Crimeia (anos de 1853 a 1856) e do médico americano Ernest Codman no início do século passado (Neuhauser, D., 2002). Contudo e apesar de as teorias e metodologias da qualidade estarem acessíveis desde o início dos anos de 1900 e disseminadas no setor industrial, a sua adoção pela administração pública não acompanhou aquele setor, tendo esta adesão acontecido com uma dilatação considerável. Não será indiferente a este atraso não só o predomínio profissional, mas também a combinação da elevada complexidade técnica, fragmentação dos sistemas, tradição de autonomia e estruturas hierárquicas de autoridade, que no seu conjunto obstaculizavam o alinhamento de objetivos, o trabalho em equipa e a responsabilidade individual (Berwick e Leape, 2005).

De acordo com a opinião dos peritos que participaram no documento da OMS intitulado *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*, publicado em 2006, existem dois argumentos poderosos para a focalização na qualidade por parte dos sistemas de saúde, designadamente a persistência de imprevisibilidade associada à variação dos cuidados prestados e a premente necessidade de otimizar recursos e alargar a acessibilidade (OMS, 2006).

Esta imprevisibilidade foi reforçada com o Movimento Internacional da Segurança do Doente após publicação do Relatório *To Err Is Human* que veio, mais uma vez, questionar a efetividade das políticas da qualidade em saúde.

27.1.2. Gestão da Qualidade no Serviço Nacional da Saúde Português

Desde o final da década de 80 que se registaram iniciativas na área da melhoria da qualidade na saúde, embora que de uma forma dispersa no Serviço Nacional de Saúde. A criação da

Direção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade na Direção Geral da Saúde inicia uma nova fase de pensamento e definição estratégica para a qualidade na saúde. Pela primeira vez, esta temática é enquadrada na definição de uma Estratégia de Saúde: a Saúde, um compromisso – Estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002), com a consequente definição do Sistema da Qualidade na Saúde (MS, 1998), um verdadeiro marco diferenciador pela sua visão sistémica da qualidade na saúde em alinhamento com a estratégia do Governo e com uma definição clara dos seus atributos, estrutura de apoio e procedimentos, documentado de forma sintética, mas não menos clara e consistente. É, assim, e pela primeira vez, no quadro do Ministério da Saúde, definido com clareza o papel da gestão da qualidade na saúde e a forma de proceder à sua operacionalização no terreno, designadamente no quadro do Serviço Nacional de Saúde.

Para a sua concretização, em abril de 1999, foi criado o Instituto da Qualidade em Saúde, divulgado com a sigla IQS, um serviço do Ministério da Saúde, dotado de autonomia científica, técnica e administrativa na dependência do Diretor-Geral da Saúde. Tinha como atribuições, no quadro das medidas de política de saúde superiormente definidas, a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde (DR, 1999).

Sob a coordenação e iniciativa do IQS multiplicaram-se as iniciativas e projetos de melhoria da qualidade nos cuidados primários e cuidados hospitalares, tendo sido possível acompanhar estas iniciativas com financiamento proveniente do Programa Operacional Saúde (Saúde XXI) do 3.º Quadro Comunitário de Apoio (III QCA), o qual vigorou do ano 2000 a dezembro de 2006 (IQS, 2000). Este financiamento alavancou as iniciativas e permitiu intervir em múltiplas áreas de manifesta carência organizacional e de segurança, de instalações, dos processos de apoio aos processos dos cuidados, do desempenho dos profissionais e da segurança do doente. A criação do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, ao abrigo de uma parceria com o *King's Fund Health Quality Service*, é um bom exemplo deste movimento, que extravasou o Serviço Nacional de Saúde com projetos de acreditação no setor privado, setor social e Regiões Autónomas dos Açores e Madeira (França, 2008).

Com a extinção do IQS em outubro de 2006 e a consequente criação do Departamento da Qualidade na Saúde na Direção Geral da Saúde, no quadro do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), iniciou-se uma nova fase com a integração neste Departamento das funções de emissão de normas e orientações, de promoção e coordenação do desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos de atividades e programas de

melhoria contínua da qualidade, definição e monitorização de indicadores, certificação da qualidade e da prestação de cuidados, entre outras.

Sob a égide deste Departamento da Qualidade na Saúde são publicados no Diário da República despachos com as novas bases da gestão da qualidade na saúde, designadamente a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2009-2014, renovada pela Estratégia para 2015-2020 e o Plano Nacional para a Segurança do doente 2015-2020, igualmente renovado por novo Plano para os anos de 2021-2026.

É criado um novo modelo de certificação de unidades de saúde em parceria com a Agencia de *Calidad Sanitaria de Andalucia*, Modelo de Certificação do Ministério da Saúde, o qual se encontra acreditado pelo Instituto Português de Acreditação e Certificação (IPAC), desde fevereiro de 2022, constituindo o programa com maior disseminação nas unidades de saúde.

De uma forma geral, a Direção Geral da Saúde tem acompanhado as iniciativas internacionais e acompanhado as mais recentes tendências, nomeadamente da *World Alliance for Patient Safety* da Organização Mundial da Saúde na área específica da segurança do doente sem que, contudo, se consiga identificar a existência de reforço ou promoção da Gestão da Qualidade junto dos prestadores de cuidados, deixando-se às instituições a liberdade de iniciativa.

27.2 O Movimento da Segurança do Doente

A relação entre a qualidade e a segurança na prestação de cuidados de saúde está longe de ser devidamente estudada. A maior parte dos autores advoga que a qualidade e a segurança são um continuum (VINCENT, 2006), mostrando a relação de complementaridade que claramente existe entre os dois conceitos.

Também o *Institute of Medicine* – IOM (KOHN, 2000), refere a “segurança do doente como uma componente crítica da qualidade”, apresentando um modelo dual que ilustra a influência do ambiente externo na melhoria da qualidade organizacional.

A gestão da segurança do doente surge, com maior ênfase, após a publicação do relatório do IOM (KOHN, 2000), que identificou claramente os elevados custos com a ocorrência de incidentes em saúde, apelando a uma mudança no sistema, de forma a redesenhar os processos com base numa nova cultura de segurança (KOHN, 2000), envolvendo todos os atores do sistema.

Esta temática tem sido investigada e aplicada também noutros países da Europa como o Reino Unido (*An Organization With a Memory*, 2000), a Suíça (*Towards a Safe Healthcare*

System, 2001), o Canadá (*Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care*, 2002), a Austrália (*Australian Safety and Quality Goals for Health Care*, 2011), a Espanha (*Observatorio para la Seguridad del Paciente – Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, estratégia 8, 2006), entre muitos outros.

Na União Europeia, em 2005 foi concebido “um mecanismo no âmbito do qual são debatidas e aprofundadas questões relacionadas com a segurança dos doentes, enquanto aspeto prioritário da política de saúde. Sob os auspícios do Grupo de Alto Nível sobre Serviços de Saúde e Cuidados Médicos foi criado um grupo de trabalho que conta, entre os seus membros, com a Organização Mundial da Saúde (principalmente através da Aliança Mundial para a Segurança dos Doentes), com o Conselho da Europa, com a OCDE e com associações europeias de doentes, médicos, profissionais de enfermagem, farmacêuticos, dentistas e hospitais. No contexto deste grupo, a Comissão Europeia visa facilitar e apoiar o trabalho e as atividades desenvolvidos pelos Estados- Membros” (COMISSÃO EUROPEIA, 2012).

Após a divulgação da Declaração de Luxemburgo (EUROPEAN COMMISSION, 2005), *Patient Safety – making it happen!* a temática da segurança do doente assume na Europa uma prioridade estratégica partilhada entre todos os estados membros. Este documento declara que é um direito dos doentes ter a expectativa de que sejam feitos todos os esforços para garantir a sua segurança enquanto utilizadores dos serviços de saúde e lança recomendações aos três níveis de agentes, internacional, nacional e local.

Em 2006 o Conselho da Europa (RECOMENDATION REC(2006)7) em resultado de um debate alargado no seio dos ministros dos estados membros, divulga recomendações sobre a Gestão da Segurança do Doente e a Prevenção de Eventos Adversos na Prestação de Cuidados de Saúde. Este documento reflete a necessidade de alcançar uma maior unidade entre os seus membros, possível mediante adoção de regras comuns no domínio da saúde, e que o acesso a cuidados de saúde seguros é um direito fundamental de todos os cidadãos em todos os Estados Membros. Reconhece ainda, que apesar do erro ser inerente a todos os campos da atividade humana, é, no entanto, possível aprender com os erros, e evitar a sua repetição e que os prestadores de cuidados de saúde e as organizações que tenham atingido um elevado nível de segurança têm a capacidade de reconhecer os erros e aprender com os mesmos.

No Reino Unido, as prioridades estratégicas em termos de Segurança do Doente foram divulgadas no relatório *An Organization With a Memory* (UK. DEPARTMENT OF HEALTH, 2000). O governo britânico comprometeu-se com a construção de um novo e moderno Serviço Nacional de Saúde (NHS), alertando constantemente para as oportunidades de revisão e melhoria do seu desempenho. Posteriormente, surge um outro documento estratégico, *Building*

a Safer NHS for Patients: implementing an organization with a memory (UK. DEPARTMENT OF HEALTH, 2001), que criou a Agência Nacional de Segurança do Doente (esta função é hoje responsabilidade do NHS Improvement em conjunto com o NHS England), estrutura que pôs no terreno todas as funções da segurança do doente. É ainda definido um horizonte temporal para a implementação das novas linhas de ação.

Com base nos pressupostos identificados nos documentos do Reino Unido, também a Suíça, em 2001, tornou pública a sua estratégia para a Segurança do Doente, identificando prioridades de curto e de médio/longo prazo, de onde se destaca a criação do Centro Nacional para a Segurança do Doente, com o estabelecimento de subgrupos para a notificação de situações específicas e a preparação de um primeiro relatório pelo Centro (BRUNNER, 2001).

Mais tarde, em 2005, também os espanhóis publicaram a *Estrategia em Seguridad del Paciente* (ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005), que assume a segurança do doente como uma prioridade, e considera que a prestação de cuidados é uma atividade cada vez mais complexa que acarreta riscos, não sendo possível garantir a ausência de eventos adversos.

A *World Alliance for Patient Safety* que reúne todos os países da OMS, assumiu em 2002 a liderança da problemática da Segurança do Doente a nível mundial. Tem desenvolvido variadíssimas atividades como campanhas, formação online, entre outras.

Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, surge em 2009 com o Despacho nº 14223/2009 de 24 de Junho, no seguimento destas recomendações e com a criação do Departamento da Qualidade em Saúde, pelo Ministério da Saúde Português (PORTARIA nº 155/2009 de 10/02). Esta estratégia nacional assumiu as seguintes prioridades estratégicas:

- 1) Qualidade clínica e organizacional;
- 2) Informação transparente ao cidadão;
- 3) Segurança do doente;
- 4) Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde;
- 5) Gestão integrada da doença e inovação;
- 6) Gestão da mobilidade internacional de doentes;
- 7) Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional da Saúde.

Neste contexto de identificação dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, torna-se possível desenvolver uma cultura pró-ativa, de segurança que, assegurando a colaboração de elementos chave, poderá contribuir para a tomada de decisão.

Já na proposta do Plano Nacional de Saúde 2011/2016, no capítulo referente à Qualidade dos Cuidados e dos Serviços, e no que diz respeito à utilização das tecnologias de informação e comunicação como suporte e instrumento da melhoria dos cuidados, foram introduzidas, entre outras estratégias, “Melhorar a segurança do doente passará, necessariamente, pela implementação de sistemas que diminuam a possibilidade de erro e reduzam a dependência da memória humana”. Adicionalmente, os autores assumem que “É fundamental fomentar uma cultura de segurança (WATCHER, 2010) e, para isso, é necessário ultrapassar algumas barreiras, como sejam a de uma exagerada autoconfiança no treino e na experiência adquirida e o receio de identificação do erro com incompetência”, e que “Em termos práticos, para promover mais segurança deveremos atuar na melhoria da Comunicação, na standardização e controle de procedimentos, na gestão de equipas e na implementação de uma cultura de segurança”.

No capítulo relacionado com a promoção da segurança e desenho de estratégias de gestão do risco, foram identificadas algumas estratégias importantes das quais destacamos:

“Deve ser estimulada nas unidades de saúde uma mudança cultural que contemple valores partilhados sobre a segurança dos doentes, aceitando a possibilidade e o risco de falhar, numa atitude de antecipação e proatividade em relação ao risco, e que se caracterize por:

- Ambiente livre de culpa em que haja discussão aberta dos erros, uma cultura de reporte de eventos que desculpe os erros honestos, mas que puna os erros negligentes;
- Uma cultura de comunicação e gestão do conhecimento, de aprendizagem em torno do erro, elaborando normas de segurança e funcionando em equipa, em que haja revelação total dos erros a doentes e famílias”.

Este plano teve uma extensão até 2020 e, posteriormente, até à data de homologação do PNS 2030. Assente em quatro eixos estratégicos (Cidadania, Equidade e Acesso Adequado aos cuidados, Qualidade e Políticas Saudáveis), alinou-se com os objetivos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da estratégia de saúde europeia, assumindo sempre a temática da Qualidade e Segurança como um dos eixos estratégicos.

No que diz respeito aos sistemas de notificação no contexto Português, num estudo publicado por Bruno (2010), verificou-se que, numa amostra de 200 profissionais de saúde de quatro hospitais onde os sistemas de notificação estavam implementados, se observou uma subnotificação, notória no número de registos efetuados, “além de ser desconhecida a verdadeira dimensão deste problema em Portugal”. Uma das razões que esta autora apresenta

para justificar o fenómeno da referida subnotificação, relaciona-se com a ausência de legislação em Portugal que garanta a confidencialidade do que é notificado pelos profissionais de saúde nos sistemas de notificação, a acrescer o facto de, segundo esta autora, o regime de responsabilidade civil em vigor no nosso ordenamento jurídico não ser propício à implementação do sistema nacional de notificação de incidentes e eventos adversos, já que sustenta o ressarcimento dos danos no apuramento da culpa individual dos profissionais.

Tal como noutros países da Europa e do mundo, a temática da segurança do doente no nosso país, deverá aproximar a academia às instituições prestadoras de cuidados de saúde, identificar áreas que possam ser consideradas prioritárias para desenvolvimento de investigação e “preferencialmente, fazer convergir essas áreas com a agenda política da saúde em geral, e com a estratégia para a qualidade e segurança do doente, em particular” (SOUSA et al., 2010).

Nos últimos anos, assistimos a um grande enfoque na prestação de contas (*accountability*), o que tem motivado os prestadores a encontrarem mecanismos de melhoria dos cuidados. Nesse sentido, foram publicados vários relatórios como é o caso do *Patient Safety and Quality of Healthcare* do Eurobarómetro (EUROPEAN COMMISSION, 2010). Este relatório teve por base um inquérito realizado a pedido do Diretor Geral para a Comunicação da EU, sendo o TNS EUROTESTE a entidade responsável em Portugal e decorreu entre 11 de Setembro e 5 de Outubro de 2009. Como objetivo principal, visava estudar as perceções dos cidadãos dos 27 países da União Europeia sobre a segurança do doente e as suas atitudes em relação à qualidade dos cuidados de saúde. Em termos gerais, a investigação abrange a avaliação da perceção dos cidadãos quanto ao nível de dano resultante da prestação de cuidados hospitalares e não hospitalares, nomeadamente em que medida sentem que estão em risco de vivenciar eventos adversos específicos e em que medida são informados sobre as atitudes de segurança no seu próprio país e comparativamente a outros estados membros.

No âmbito desse estudo os cidadãos europeus foram questionados acerca da perceção que tinham quanto à probabilidade de ocorrer dano na sequência da prestação de cuidados hospitalares, sendo que 64% dos portugueses, responderam que existe um risco de os doentes sofrerem dano. Por outro lado, quando questionados acerca da realidade vivida por eles ou por algum familiar, verifica-se que apenas 13% alguma vez sofreu dano.

É interessante verificar que, comparando com a média das respostas dos 27 países da União Europeia, na primeira questão, Portugal se encontra bastante acima (mais 14%), no entanto apenas 13% de portugueses referem ter sofrido danos resultantes da prestação de cuidados a nível hospitalar.

Os cidadãos europeus foram também questionados acerca da probabilidade de sofrer dano, no que diz respeito à infeção hospitalar, ao incorreto ou atrasado diagnóstico, aos erros de medicação, aos erros de cirurgia e aos erros relacionados com os dispositivos médicos ou equipamentos. Mais uma vez, se verifica que a percentagem de portugueses que considera haver probabilidade de esse tipo de erros acontecer é bastante superior ao da média dos países europeus.

Este relatório surge na sequência das recomendações emanadas pelo Conselho da União Europeia (RECOMENDAÇÃO 2009/C) sobre a Segurança dos Pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, que elenca sete recomendações aos estados membros, “relativas a questões gerais da segurança dos doentes:

1. Apoiem a instituição e o desenvolvimento de políticas e programas nacionais para a segurança do doente;
2. Responsabilizem os cidadãos e os pacientes e lhes disponibilizem informação;
3. Apoiem o estabelecimento ou o reforço de sistemas de notificação e de aprendizagem não recriminatórios sobre eventos adversos;
4. Promovam, ao nível adequado, o ensino e a formação dos trabalhadores da saúde para a segurança dos pacientes;
5. Classifiquem e meçam a segurança dos pacientes a nível comunitário, colaborando uns com os outros e com a Comissão;
6. Partilhem conhecimentos, experiências e boas práticas colaborando uns com os outros e com a Comissão e com outros organismos europeus e internacionais pertinentes;
7. Desenvolvam e promovam a investigação no domínio da segurança dos pacientes.”

Estima-se que nos estados membros entre 8 e 12% dos doentes admitidos nos hospitais sofrem eventos adversos enquanto recebem cuidados de saúde (RAND, 2008; COMISSÃO EUROPEIA, 2012), dos quais 25% são infeções hospitalares e os restantes estão relacionados com a medicação, as cirurgias, os dispositivos médicos, nos erros de diagnóstico e em falhas na atuação após o resultado de um teste. Segundo o relatório citado, o ECDC (*European Center for Disease Prevention and Control*) estimou que as infeções hospitalares ocorrem em 5% dos doentes hospitalizados, o que corresponde a 4.1 milhões de pessoas por ano na EU. Estima ainda que ocorrem 37.000 mortes por ano cuja causa é a infeção hospitalar (RECOMENDAÇÃO 2009/C, 2009).

Os cuidados de saúde são prestados em ambientes com interações complexas onde atuam muitas variáveis, tais como o processo de doença, o staff, o equipamento, as políticas

organizacionais e os procedimentos (KALRA, 2004). Associado ao elevado nível de complexidade destas organizações encontra-se a inevitabilidade do erro.

27.2.1. Cultura da Segurança do Doente

O Modelo de Donabedian para medir a qualidade, pode igualmente servir como um quadro de referência para a avaliação da segurança. Neste modelo a estrutura (como os cuidados são organizados), os processos (o que fazemos) influenciam os resultados dos doentes (resultados alcançados) (DONABEDIAN, 1988).

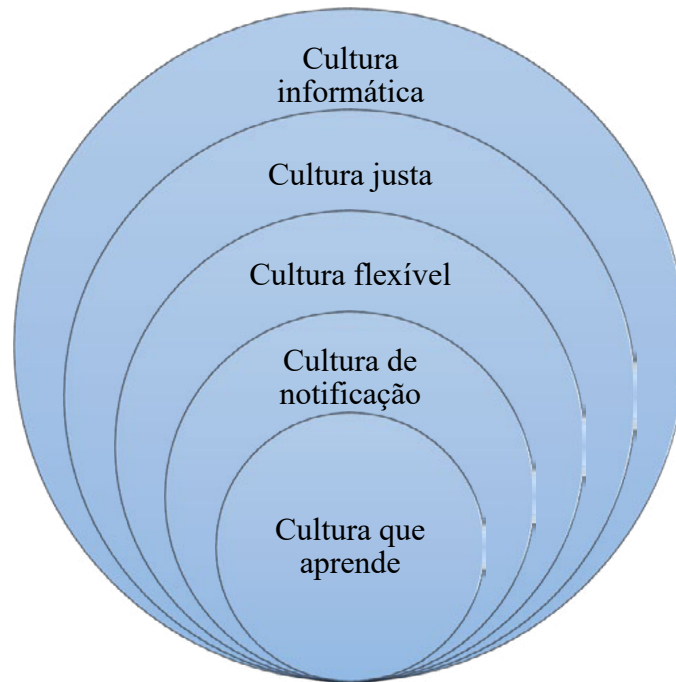
Pronovost et al. (2006), adaptaram este modelo para a segurança do doente, adicionando um quarto elemento, a cultura (o contexto em que os cuidados são prestados). Enquanto a maioria das formas de avaliar a qualidade se restringe ao nível dos processos e dos resultados, a segurança envolve também a avaliação da estrutura e da cultura na prestação de cuidados ao doente.

Reason (1997), propôs que uma organização que tenha uma cultura de segurança deve conter:

- um sistema de informação de segurança que recolha, analise e dissemine informação resultante dos incidentes e *near misses* (incidente que não alcançou o doente), bem como de verificações regulares pró-ativas;
- uma cultura de notificação onde as pessoas estão preparadas para notificar os seus erros, equívocos e violações;
- uma cultura de confiança, onde as pessoas são incentivadas e até mesmo recompensadas para fornecer informações relacionadas com a segurança, mas que exista clareza entre o comportamento aceitável e o inaceitável;
- flexibilidade em termos da capacidade de reconfigurar a estrutura organizacional face a um ambiente de trabalho dinâmico e exigente;
- vontade e competência para tirar conclusões adequadas, a partir do seu sistema de segurança, e estar disposta a implementar reformas, sempre que necessário.

Reason (1997), enuncia os componentes de uma cultura de segurança, Figura 27.1.

afFigura 27.1 - Componentes de uma cultura de segurança (REASON, 1997)



Wiegmann et al. (2004), num artigo de revisão de literatura, identificaram várias definições de cultura de segurança e apresentam os pontos em comum, a saber:

1. Cultura de segurança é um conceito definido no nível do grupo ou da liderança, que se refere aos valores compartilhados entre todos os membros do grupo ou organização.
2. Cultura de segurança ocupa-se com as questões formais da segurança na organização e que estão intimamente relacionados, mas não limitados, aos sistemas de gestão e supervisão.
3. Cultura de segurança enfatiza a contribuição de todos, em todos os níveis de uma organização.
4. A cultura de segurança de uma organização tem impacto sobre o comportamento dos seus membros no local de trabalho.
5. Cultura de segurança é geralmente refletida na contingência entre os sistemas de recompensa e o desempenho de segurança.
6. Cultura de segurança reflete-se na vontade de uma organização para desenvolver e aprender com os erros, incidentes e acidentes.
7. Cultura de segurança é relativamente duradoura, estável e resistente à mudança.

Este trabalho também identifica indicadores da cultura de segurança como o compromisso organizacional, o envolvimento da gestão, o *empowerment* dos profissionais, os sistemas de

recompensa e os sistemas de notificação. A Cultura de Segurança é assim assumida como uma componente da organização que pode ser melhorada, sendo vista numa perspetiva dinâmica e não estática e instalada.

A OMS (2005), adota a definição de cultura de segurança cuja fonte foi a *Advisory Committee on Safety of Nuclear Installations* (UK. ACSNI, 1993). A cultura de segurança de uma organização “é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, e modelos de comportamento que determinam o compromisso com a gestão da saúde e segurança de uma organização e o seu estilo e proficiência” (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Neste documento a WHO chama a atenção para o papel da liderança (em relação à cultura de segurança, à gestão e à comunicação), do trabalho em equipa (no que diz respeito à estrutura, à dinâmica e à supervisão), do trabalho individual (quanto á tomada de decisão, ao stress, à fadiga e à *situation awareness*) e do ambiente de trabalho. Todos estes fatores concorrem para uma segurança mais eficaz.

Segundo Pizzi et al. (2001), as organizações com culturas de segurança eficazes compartilham um compromisso constante com a segurança como prioridade máxima que atravessa a organização inteira. Os componentes principais incluem:

- (1) o reconhecimento de que as atividades de uma organização têm uma natureza de alto risco e são propensas a erros;
- (2) um ambiente sem culpa onde os indivíduos são capazes de comunicar erros ou quase eventos sem punição;
- (3) uma expectativa global de colaboração entre todos os profissionais e níveis da organização para encontrar soluções para as vulnerabilidades;
- (4) a vontade da organização para alocar recursos em assuntos de segurança.

Singer et al. (2003), identificaram sete componentes da cultura de segurança, presentes em organizações de elevada fiabilidade:

1. Compromisso com a segurança articulada nos níveis mais elevados da organização e traduzidos em valores partilhados, crenças e normas de comportamento a todos os níveis.
2. Recursos necessários, incentivos e recompensas atribuídos pela organização para permitir que este compromisso venha a ocorrer.
3. A segurança é valorizada como uma prioridade, mesmo à custa da "produção" ou da "eficiência"; os profissionais são recompensados por errar desde que conscientes do erro.
4. Comunicação entre os trabalhadores e todos os níveis da organização é frequente e sincera.
5. Os atos inseguros são raros apesar dos elevados níveis de produção.

6. Há uma abertura sobre os erros e os problemas, em que os erros são notificados quando ocorrem.

7. A aprendizagem organizacional é valorizada; a resposta a um problema concentra-se em melhorar o desempenho do sistema ao invés de se centrar na culpa individual.

Esta perspetiva também é identificada num artigo de revisão (SAMMER et al., 2010), cujas propriedades da cultura de segurança estão relacionadas com a liderança, o trabalho em equipa, as práticas baseadas na evidência, a comunicação, a aprendizagem, a justiça e a centralização no doente.

Podemos encontrar na literatura da área da segurança do doente, várias definições de cultura de segurança:

1. Produto das crenças, valores, atitudes, normas e padrões de conduta que configuram o comportamento individual e coletivo, que determina o compromisso dessa organização com programas de segurança (adaptado de UK. NPSA, 2004 e VINCENT, 2006).

2. Os valores partilhados (o que é importante) e as crenças (como as coisas funcionam) que interagem com a estrutura de uma organização e com os sistemas de controlo para produzir normas (a forma como fazemos as coisas) (REASON, 1997).

3. Produto coletivo de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento, individuais e grupais que concorrem para o desempenho da segurança (USA. ECRI, 2009).

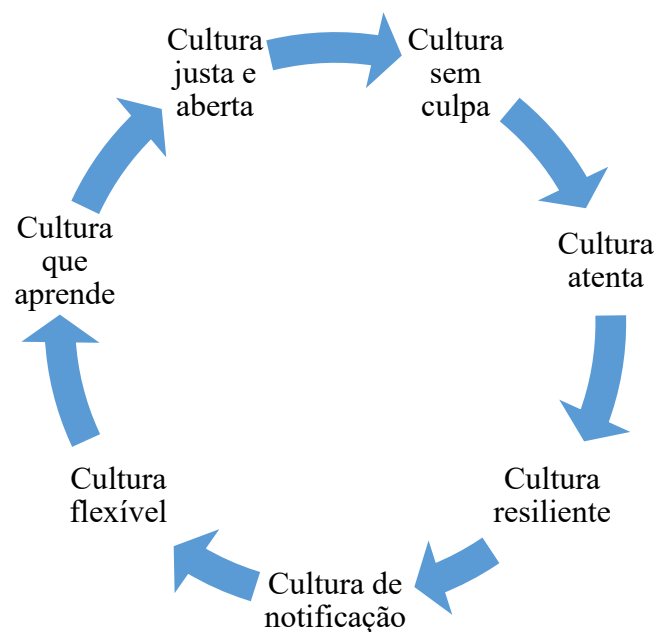
4. Produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e competência, da gestão da segurança de uma organização de saúde (UK. ACSNI, 1993, adotada por US. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2004; WHO, 2008; EUROPEAN COMMISSION, 2007).

As organizações com uma cultura positiva são caracterizadas pela comunicação alicerçada na confiança mútua, por perceções partilhadas sobre a importância da segurança e por confiança na eficácia das ações preventivas. Deve ser notório o compromisso da gestão com a segurança do doente, a todos os níveis da organização; bons conhecimentos e compreensão da segurança do doente em toda a organização; uma definição clara da cultura desejada; evidência visível do investimento que é feito na segurança, incluindo a qualidade do ambiente de trabalho, equipamentos fornecidos, etc.; ser proativo de modo a que as atividades de melhoria contínua sejam tratadas antes de surgirem acidentes; uma boa comunicação a todos os níveis da organização e um envolvimento significativo de todos, em todos os elementos da segurança.

Segundo Wachter (2010), existem alguns elementos que contribuem para uma cultura de segurança das organizações de saúde: liderança forte e “vencedora”, utilização de exemplos de fora do sector da saúde como é o caso da aeronáutica, utilizar simuladores, formação e treino pós-graduado e ao longo da vida do profissional.

São vários os adjetivos que Vincent (2006) utiliza, ao descrever uma cultura de segurança do doente, que ilustramos na figura 27.2.

Figura 27.2 - Componentes de uma cultura de segurança (VINCENT, 2006)



Para construir uma cultura de segurança nas organizações prestadoras de cuidados de saúde é necessário encorajar (EUROPEAN COMMISSION, 2010) o seguinte:

- i) conhecimento acerca do risco associado aos cuidados de saúde
- ii) aceitar a responsabilidade da redução do risco
- iii) estrutura, processos e resultados orientados para a melhoria da Segurança do Doente
- iv) comunicação aberta na notificação de erros num ambiente não punitivo
- v) aprendizagem pelos erros.

Apesar de não existir uma definição consensual de cultura de segurança, as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem adotar uma cultura em que os profissionais têm

consciência ativa e constante das situações que podem originar falhas, deve ser uma cultura aberta e justa que estimula os profissionais a falar sobre os seus próprios erros; onde todos os profissionais aceitam a responsabilidade da segurança (dos próprios, dos colegas, dos doentes e das visitas); que assume a segurança acima dos objetivos financeiros ou operacionais; incentiva e gratifica a identificação, comunicação e solução de acontecimentos de segurança; que promove a aprendizagem organizacional em resultado dos incidentes; e que providencia recursos adequados, estrutura e *accountability* para manter os sistemas de segurança efetivos.

Em Portugal é notório o valor que a Direção Geral da Saúde, nomeadamente a Divisão da Segurança do Doente do Departamento da Qualidade, lhe tem vindo a atribuir. Costa (2011) referiu, numa apresentação, a propósito da Recomendação “Uma cultura de segurança é essencialmente uma cultura onde todos estão sempre conscientes do seu papel e contribuição para a organização, e do que pode correr mal. É uma cultura justa e aberta, onde os profissionais podem aprender com os erros e corrigi-los. A segurança deve ser valorizada como uma prioridade dos serviços de saúde, mesmo que à custa da produtividade e da eficiência. A resposta a um problema não deve excluir a responsabilidade individual, mas deve centrar-se na melhoria do desempenho organizacional e não na culpabilização”.

Também o relatório da IOM (KOHN, 2000) recomenda que as organizações de saúde devem identificar a sua cultura e segurança do doente, igualmente referido por vários autores como Colla et al. (2005), EUNETPASS (EUROPEAN COMMISSION, 2010), Kirk et al. (2007), USA. ECRI (2009), Sammer et al. (2010).

Para esse efeito surgiram na literatura recente, vários instrumentos que avaliam a cultura de segurança nas organizações de saúde. Esta avaliação poderá ser realizada através de metodologias qualitativas ou quantitativas (PRONOVOST et al., 2005 e KHO et al., 2005), sendo reconhecido que existem dimensões que devem ser incluídas em qualquer dos instrumentos, como sejam o compromisso da liderança com a segurança, políticas e procedimentos, comunicação, notificação, pressão no trabalho e recursos humanos (FLIN et al., 2007).

A escolha do instrumento deverá estar dependente de vários fatores nomeadamente do tipo de dimensões que se pretende avaliar, o tipo de profissionais que se pretende incluir na amostra, o ambiente para o qual o instrumento foi desenvolvido e o acesso a evidência quanto à validade e fiabilidade do instrumento (NIEVA E SORRA, 2003).

No trabalho de Colla et al. (2005), foram identificados nove questionários que avaliam a cultura de segurança na saúde e realizadas comparações com base nas dimensões existentes, no contexto em que foram implementados e nas suas características psicométricas. Estes autores

referem que os utilizadores de questionários de avaliação da cultura de segurança devem preferir instrumentos que sejam validados e cujas propriedades psicométricas sejam avaliadas, e ainda identificado o objetivo da avaliação.

Determinar as atitudes e perceções dos profissionais que contribuem para a cultura de segurança das organizações é o início de um processo de melhoria da Segurança do Doente.

Identificar prioridades, implementar mudanças e avaliar o impacto na Segurança do Doente, após a comunicação dos resultados da avaliação da cultura de segurança a todos os colaboradores e gestores, é o início de um ciclo de melhoria da Segurança do Doente.

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) tem feito um trabalho muito importante nesta área, disponibilizando vários instrumentos capazes de avaliar a cultura de segurança do doente em múltiplos contextos:

1. *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Avaliação da Cultura de Segurança nos Hospitais)

Usado desde 2004, foi em 2019 atualizado, sendo disponibilizada a versão 2.0. Estas versões foram validadas e testadas para a realidade portuguesa (Eiras et al., 2014; Freitas et al., 2024).

2. *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (Avaliação da Cultura de Segurança nos Cuidados de Saúde Primários)

Validado e testado para a realidade portuguesa por Eiras et al., (2014).

3. *Nursing Home Survey on Patient Safety Culture*

4. *Patient Safety Culture Community Pharmacy Survey*

5. *Patient Safety Culture Ambulatory Surgery Center Survey*

Mais recentemente, a AHRQ desenvolveu uma serie de suplementos que complementam os questionários anteriormente referidos. São eles:

- *Hospital Health Information Technology Patient Safety.*
- *Hospital Workplace Safety.*
- *Hospital Value and Efficiency.*
- *Medical Office Diagnostic Safety.*
- *Medical Office Value and Efficiency.*
- *Nursing Home Workplace Safety.*

27.2.2 Principais ações da Direção Geral da Saúde

Desde cedo que a Direção Geral da Saúde (DGS), no âmbito do Departamento da Qualidade em Saúde (DQS), assumiu a Segurança do Doente como uma prioridade. Já demos nota da publicação da Estratégia para a Qualidade na Saúde onde a Segurança do Doente foi assumida como prioritária, mas em 2015 com o Despacho n.º 1400-A/2015, publica-se o 1º Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD).

Até aí, a DGS-DQS havia desenvolvido uma série de iniciativas, como se pode ler no Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026:

A tradução e publicação da Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (2012) da OMS, foi um marco importante para a utilização da terminologia comum no que à segurança do doente diz respeito.

“Enquadrado pela ENQS e pelas orientações e recomendações internacionais, a DGS disponibilizou, em 2012, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), um sistema acessível aos profissionais de saúde e ao cidadão anónimo, confidencial e não punitivo, de gestão de incidentes e eventos adversos. Com vista à melhoria do SNNIEA, a DGS procedeu, em 2013, a alterações nesta plataforma, evoluindo para o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (Notifica), tal como disposto na Norma n.º 015/2014. Este sistema de comunicação e de gestão de incidentes, de carácter gratuito, visa identificar as causas de incidentes ou eventos adversos na prestação de cuidados de saúde, para tomar as medidas corretivas sistémicas necessárias, ao nível local e nacional, permitindo a aprendizagem com os erros, mantendo o carácter não punitivo e a confidencialidade do notificador.

A DGS, através do DQS, coordenou a elaboração e publicou orientações e normas nas principais áreas da segurança do doente, designadamente no que concerne à Identificação e avaliação do risco de úlceras por pressão (Orientação no 017/2011); à Identificação inequívoca de doentes (Orientação no 018/2011); à Análise de incidentes e de eventos adversos (Orientação no 011/2012); à Cirurgia segura (Norma no 02/2013); à Avaliação da cultura de segurança nos hospitais (Norma n.º 025/2013 e n.º 005/2018) e nos cuidados de saúde primários (Norma no 03/2015); aos Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes (Norma no 020/2014); aos Medicamentos de alerta máximo (Norma no 014/2015); ao Processo de gestão da medicação (Orientação no 014/2015); à Reconciliação da medicação (Norma no 018/2016); à Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Norma no 001/2017) e à Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares (Norma no 008/2019)”.

Mais ainda, a DGS tem também desenvolvido outras iniciativas e projetos, com recurso a parcerias, nomeadamente:

- Desenvolvimento de ações de sensibilização no âmbito da avaliação da cultura de segurança;
- Coordenação do Projeto-Piloto Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde em Portugal (Despacho nº 6430/2017, de 25 de julho), envolvendo o cidadão e os profissionais em parceria;
- Produção de cursos em formato MOOC (*Massive Open Online Courses*);

Foi com a publicação do PNSD que as estruturas de saúde portuguesas se organizaram em torno de objetivos concretos. Este Plano teve o propósito de “apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades”. Como é referido “O presente Plano, concebido com base numa visão transversal do Serviço Nacional de Saúde, obriga ao envolvimento das responsabilidades de governação, de coordenação e da prática operacional da prestação de cuidados, visando a convergência metodológica dos diversos dispositivos existentes que contribuem para a gestão dos riscos associados à prática dos cuidados”. Assim, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, continha os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Para a concretização deste Plano concorreram as cúpulas das organizações de saúde, em conjunto com as Comissões da Qualidade e Segurança (CQS), bem como todos os profissionais. A avaliação deste Plano pode ser consultada no Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 publicado pela DGS em maio de 2022.

Mais tarde, com a publicação do Despacho n.º 9390/2021, é aprovado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021 -2026). O PNSD 2021-2026 tem o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS. Constitui-se como uma ferramenta de apoio a gestores de topo, lideranças intermédias, colaboradores das CQS, gestores da segurança do doente e profissionais de saúde. Está organizado em cinco pilares que suportam catorze objetivos estratégicos:

Pilar 1 – Cultura de Segurança

Objetivos Estratégicos:

- 1.1. Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente.
- 1.2. Avaliar a Cultura de Segurança (ACS).
- 1.3. Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.

Pilar 2 – Liderança e Governança

Objetivos Estratégicos:

- 2.1. Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021-2026.
- 2.2. Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local.

Pilar 3 – Comunicação

Objetivos Estratégicos:

- 3.1. Otimizar a comunicação intra e interinstitucional.
- 3.2. Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados.
- 3.3. Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.

Pilar 4 – Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança

Objetivos Estratégicos:

- 4.1. Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Notifica.
- 4.2. Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Notifica.

Pilar 5 – Práticas Seguras em Ambientes Seguros

Objetivos Estratégicos:

- 5.1. Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.
- 5.2. Monitorizar a implementação de práticas seguras.
- 5.3. Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).
- 5.4. Promover a telessaúde segura.

Trata-se de um plano exigente, muito abrangente e que pretende o envolvimento de todos.

A DGS, através do DQS, aderiu, desde cedo, a iniciativas e projetos internacionais na área da segurança do doente, salientando-se:

- *World Alliance for Patient Safety* (OMS) – adesão aos desafios mundiais em 2008-2009 (prevenção das infeções e das resistências aos antimicrobianos através da higiene das mãos e diminuição dos eventos adversos na prestação de cuidados cirúrgicos, através do programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, patente na Norma nº 02/2013).
- *European Network for Patient Safety* (EUNeTPAS) - participação no projeto (rede de colaboração entre os 27 Estados-Membros da UE, organizações internacionais e partes interessadas para a segurança do doente), que permitiu avanços nas áreas da cultura de segurança do doente, na educação e formação contínua, na emissão de recomendações sobre a segurança da medicação e na partilha ao nível de plataformas tecnológicas de incidentes da segurança do doente.
- OCDE – contributo para o *Health Working Paper*, No. 168, intitulado *Comparative assessment of patient safety culture performance in OECD countries Findings based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture versions 1 and 2*.

27.3 Perspetivas de desenvolvimento futuro

O percurso da qualidade e segurança do doente das últimas décadas foi considerável e Portugal acompanhou os principais programas internacionais, designadamente da Organização Mundial da Saúde e, mais especificamente, da *World Alliance for Patient Safety*, através da ação da Direção Geral da Saúde. Seria agora oportuno proceder à avaliação do impacto dos

programas implementados junto das entidades prestadoras de saúde, bem como da efetividade dos resultados.

Persiste, contudo, uma profunda variabilidade dos resultados clínicos, ainda por identificar e estudar, mas que sugere inequívocas iniquidades ao nível nacional e internacional (OCDE, 2023b). A medição sistemática da experiência dos doentes e dos resultados das intervenções de saúde ainda é embrionária em grande parte dos países desenvolvidos (OCDE, 2021), constituindo também um desafio para o Sistema de Saúde Português.

Em simultâneo, não foram devidamente considerados relatórios com conclusões relevantes para definição de políticas na área da qualidade e segurança do doente, como por exemplo o Relatório *The Future for Health* (Crisp, 2014) publicado pela Fundação Calouste Gulbenkian, ou mesmo os relatórios da avaliação da cultura da segurança do doente, aplicados pela Direção Geral da Saúde ao universo das unidades de saúde do SNS.

Por sua vez, a pandemia da Covid-19 alertou a todos para a urgência de assegurar estruturas de saúde mais flexíveis e capazes de se adaptar à incerteza, assegurando as respostas de saúde necessárias e, muitas vezes, urgentes. A área da saúde pública saiu reforçada e a resiliência dos sistemas de saúde passa a ser tema de debate e investigação (OCDE, 2023a). O impacto da pandemia aconteceu igualmente do lado do cidadão e utente dos serviços de saúde, que aumentaram o interesse em conhecer a sua informação de saúde e o controlo sobre a sua saúde ou doença (OCDE, 2021). A investigação nas áreas da qualidade e segurança evoluíram consideravelmente nos últimos anos, sendo hoje mais fácil selecionar as ferramentas ou programas a aplicar para melhoria da qualidade.

Parece, pois, ser legítimo afirmar que novas exigências se colocam ao decisor público nas áreas da Qualidade e Segurança do Doente. O que esperar do futuro?

Podemos e devemos desejar que o inevitável abandono de uma medicina paternalista seja acompanhado por uma abordagem de centralidade na pessoa e na transparência das organizações. Com isto, queremos dizer que as políticas de saúde se baseiam em evidência e incorporaram a experiência do doente nos diferentes níveis de cuidados; as lideranças primam pelo espírito colaborativo e pela inovação; as boas práticas e soluções de segurança do doente são divulgadas e uniformemente aplicadas; a relação cuidador – doente é reforçada e melhorada; entre outras mudanças necessárias à verdadeira centralidade no doente.

As políticas públicas da saúde e o decisor político não podem mais deixar a Qualidade para um segundo plano meramente reativo ou de mera garantia da qualidade. Sabemos hoje, que o sucesso e sustentabilidade das ferramentas de gestão da qualidade exige que a sua aplicação no terreno seja sistemática e monitorizada, numa perspetiva de melhoria contínua. Sabemos,

igualmente, que uma abordagem sistémica da qualidade deveria desenvolver-se através da definição de uma política e de um modelo conceptual, com identificação das dimensões a integrar e consequente definição das ferramentas e planos de ação. Esta abordagem permitiria construir um *roadmap* para decisores, reguladores e, muito em especial, para as organizações de saúde, as quais se debatem com a incerteza na definição dos seus planos locais da qualidade.

Pensamos, pois, que a efetividade dos cuidados, a segurança do doente e a centralidade no cidadão são dimensões chave da qualidade a contemplar e desenvolver no quadro de um modelo da Gestão da Qualidade para a próxima década.

Referências

- BERWICK, D.A. & L.L. LEAPE. (2005). Five Years After To Err Is Human: What Have We Learned? *Journal of the AMA*, 293(19): 2384-90.
- BRUNNER, H.H.; CONEN, D.; GÜNTER, P.; VON GUNTEN, M.; HUBER, F.; KEHRER, B. et al., ed. lit. – Towards a safe healthcare system: proposal for a national programme on patient safety improvement for Switzerland: pre-release. Lucerne, Switzerland: Expert Group “Patient Safety Improvement”, 2001.
- BRUNO, P. – Registo de Incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal. Wolters Kluwer sob a marca Coimbra Editora, 2010.
- COLLA, J. B.; BRACKEN, A.C.; KINNEY, L.M.; WEEKS, W.B. – Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Quality & Safety in Health Care*. 14: 5 (2005) 364-366.
- COMISSÃO EUROPEIA – Saúde EU: segurança dos doentes. [Em linha]. Bruxelas: Comissão Europeia, 2012.
- CRISP, N. (2014). The Future for health. Everyone has a role to play. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, pp. 221.
- DAVIES, H.T.O, S.M. NUTLEY & P.C. SMITH. (2000). WHAT WORKS? Evidence-based policy and practice in public services. The policy press, Bristol, pp. 366.
- DEPARTMENT OF HEALTH. (2000). An organization with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. Londres. pp. 92.
- DIÁRIO REPÚBLICA, Portaria n.º 288/99, de 27 de abril, N.º 98, 2258-2261.
- DONABEDIAN, A. – The quality of care, how can it be assessed? *JAMA*. 260 : 12 (1988) 1743-1748.
- ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO – Estrategia en seguridad del paciente: recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Agencia de Calidad. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, 2005.
- EUROPEAN COMMISSION. DG HEALTH AND CONSUMER PROTECTION – Declaration on patient safety : Patient Safety – Making it Happen! Luxembourg: European Commission, 2005.

- EUROPEAN COMMISSION – SimPatIE : Safety improvement for Patient In Europe : culture of safety projects. [Em linha]. Brussels: European Commission, 2007.
- EUROPEAN COMMISSION. DIRECTORATE-GENERAL FOR HEALTH AND CONSUMERS. DIRECTORATE-GENERAL FOR COMMUNICATION – Patient safety and quality of healthcare : full report. Brussels: TNS Opinion & Social, 2010. (Special Eurobarometer; 327).
- EUROPEAN COMMISSION. EUROPEAN SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTHCARE. EUROPEAN NETWORK FOR PATIENT SAFETY (EUNetPaS) – Use of patient safety culture: instruments and recommendations. [Em linha]. Aarhus, Denmark: Office for Quality Indicators. European Society for Quality in Healthcare, 2010.
- EUROPEAN COMMISSION. (2016). Typology of Health Policy Reforms. Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health, 3 may 2016, pp. 104.
- FLIN, R. – Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Safety Science*. 45 (2007) 653-657.
- FRANÇA, M. (2008). Desempenho Hospitalar: Experiência de Acreditação Hospitalar em Portugal. *Investir em Saúde. Contributo dos Fundos Estruturais Comunitários em Portugal no Sector da Saúde, Saúde XXI*, 99-102.
- IQS. (2000). *Saúde XXI: Obter ganhos em saúde e assegurar a qualidade dos cuidados. Em foco – Entrevista, Qualidade em Saúde*, N.º1, set. 2000, 6-14.
- KALRA, J. – Medical errors: an introduction to concepts. *Clinical Biochemistry*. 37 (2004) 1043-1051.
- KIRK, S.; PARKER, D.; CLARIDGE, T.; ESMAIL, A.; MARSHALL, M. – Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality & Safety in Health Care*. 16 (2007) 313–320.
- KOHN, LT, CORRIGAN, JM, DONALDSON, MS. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC, IOM, pp. 287.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). *Sistema Português da Qualidade na Saúde*. SNS21, pp.14.
- MINTZBERG, H. (1996). *Estrutura e dinâmica das organizações*. Lisboa, Circulo de Leitores.
- NEUHAUSER, D. (2002) *Heroes And Martyrs Of Quality And Safety*. Ernest Amory Codman MD. *Qual. Saf. Health Care*; 11: 104-105.
- NIEVA, V.F.; SORRA, J. – Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality & Safety in Health Care*. 12 (2003) 17-23.
- OCDE. (2010). *Improving Value in Health Care. Measuring Quality*. OECD Health Policy Series, pp.106.
- OCDE. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glanve-2017
- OECD (2021), *Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c259e79a-en>.
- OECD (2023a), *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>.
- OECD (2023b), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

- OMS. (2006). Quality of care. A process for making strategic choices in health systems, Genebra, pp.38.
- OSWALD, M. (2015). In a democracy, what should a healthcare system do? A dilemma for public policymakers. *Politics, Philosophy & Economics*, Vol. 14(I), 23-52.
- PIZZI, L.T, GOLDFARB, N.I, NASH, D.B. – Procedures for obtaining informed consent. In: USA. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY – Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001. (Evidence Report/Technology Assessment; 43).
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final. Lisboa: Divisão de Segurança do Doente. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2011. Título original: Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1.: final technical report. Geneva: WHO, 2009.
- PRONOVOST, P.J.; BERENHOLTZ, S.M.; GOESCHEL, C.A.; NEEDHAM, D.M.; SEXTON, J.B., THOMPSON, D.A., et al. – Creating high reliability in health care organizations : Part II. *Health Services Research*. 41: 4 (2006) 1599-1617.
- REASON, J. – Managing the risks of organizational accidents. Aldershot, UK: Ashgate, 1997.
- RECOMMENDATION REC (2006)7. Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th Meeting of the Ministers' Deputies – Of the Council of Europe Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care.
- RECOMENDAÇÃO 2009/C. *Jornal Oficial da União Europeia*. (Junho) 151/01-151/6 – Do Conselho da União Europeia sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.
- SAMMER, C.E.; LYKENS, K.; SINGH, K.P.; MAINS, D.A., LACKAN, N.A. – What is patient safety culture? a review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*. 42: 2 (2010) 156–165.
- SINGER, S.J.; GABA, D.M.; GEPPERT, J.J, SINAIKO, A.D., HOWARD, S.K., PARK, K.C. – The culture of safety : results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. *Quality & Safety in Health Care*. 12 (2003) 112-118.
- SOUSA, P., UVA, A.S.; SERRANHEIRA, F. – Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. Volume Temático : 10 (2010) 89-95.
- UK. ACSNI. STUDY GROUP ON HUMAN FACTORS. HEALTH AND SAFETY COMMISSION – Organising for safety: 3rd report of the Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. Sudbury, England: HSE Books, 1993.
- UK. DEPARTMENT OF HEALTH – Manual for cancer services. [Em linha]. London: Department of Health, 2004.
- UK. DEPARTMENT OF HEALTH – Building a safer NHS for patients: implementing an organization with a memory. London: Department of Health, 2001.
- USA. ECRI – Healthcare risk control: culture of safety. [Em linha]. Plymouth, PA : ECRI Institute, 2009. (Risk and Quality Management Strategies; 21).
- VINCENT, C. – Patient safety. London: Churchill Livingstone, 2006.
- WACHTER, R.M. – Patient safety at ten: unmistakable progress, troubling gaps. *Health Affairs*. (Millwood).29 (2010) 165-173.

WHO. WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY – WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. Geneva: World Health Organization, 2005.

WIEGMANN, D.A.; ZHANG, H.; VON THADEN, T.L.; SHARMA, G.; GIBBONS, A.M. – Safety culture: an integrative review. *The International Journal of Aviation Psychology*. 14 : 2 (2004) 117–134.

Authors Profiles

Margarida França has received a Master from the Faculty of Economics of Coimbra University – Portugal. She is currently President of Board of Administration of ULS da Região de Aveiro, EPE – Portugal). Her research interests are in the areas of hospital administration, performance assessment, quality and patient safety.

Margarida Eiras has received a PhD. from ENSP-UNL in 2011. She is currently Adjunct Professor at the Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – IPL, Portugal. She collaborates with the Department of Quality of the DGS for patient safety issues and also with OECD. Her research interests are in the areas of quality and safety.