

Cultura de Segurança do Doente: Melhoria Contínua da Segurança - uma *scoping review*

Sara Lisete Silva

2023050@alunos.estesl.ipl.pt

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
ORCID: 0009-0007-4272-5391

Ana Cristina Dias

2023031@alunos.estesl.ipl.pt

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
ORCID: 0009-0007-1728-5566

Ana Catarina Carvalho

2023097@alunos.estesl.ipl.pt

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
ORCID: 0009-0000-9473-810X

Sara Neto

2015459@alunos.estesl.ipl.pt

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
ORCID: 0009-0000-6960-680X

Margarida Eiras

margarida.eiras@estesl.ipl.pt

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
ORCID: 0000-0001-5759-7336

Resumo:

A segurança do doente é essencial na qualidade dos cuidados de saúde. Apesar dos progressos nas últimas décadas, os eventos adversos evitáveis continuam a representar uma carga significativa para os doentes, profissionais e sistemas de saúde. A *cultura de segurança do doente* é fundamental na prevenção de danos. Este trabalho tem como objetivos sintetizar as principais evidências disponíveis sobre os fatores que influenciam a *cultura de segurança do doente* e identificar medidas baseadas na literatura que possam contribuir para a sua melhoria nos serviços de saúde.

A pesquisa dos artigos foi realizada nas bases de dados *PubMed* e *Scopus* utilizando palavras-chave definidas, resultando na inclusão de 22 publicações.

A análise demonstrou que os fatores mais frequentemente associados à quebra de segurança são o ambiente de trabalho, a falta de trabalho em equipa e a

subnotificação de erros. As medidas mais referidas para mitigar estas fragilidades incluíram a resposta não punitiva ao erro e a abertura na comunicação

A segurança do doente continua a ser um dos maiores desafios na área da saúde. Uma cultura de segurança eficaz depende não apenas de sistemas e protocolos, mas também do envolvimento ético, emocional e coletivo dos profissionais. Apesar de o objetivo de “zero dano” parecer inatingível, deve permanecer como orientação ética essencial para a qualidade e a integridade dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Cultura de segurança; Risco; Segurança do doente; Serviços de saúde

Abstract:

Patient safety is essential in healthcare quality. Despite progress over recent decades, preventable adverse events continue to impose a significant burden on patients, healthcare professionals, and health systems. The culture of patient safety plays a crucial role in harm prevention.

This study aims to synthesize the main available evidence on the factors that influence patient safety culture and to identify literature-based measures that may contribute to its improvement in healthcare services.

The article search was conducted using the PubMed and Scopus databases, with predefined keywords, resulting in the inclusion of 22 publications.

The analysis revealed that the factors most frequently associated with safety breakdowns were the work environment, lack of teamwork, and underreporting of errors. The most frequently cited strategies to address these weaknesses included a non-punitive response to error and open communication.

Patient safety remains one of the greatest challenges in healthcare. An effective safety culture relies not only on systems and protocols but also on the ethical, emotional, and collective engagement of healthcare professionals. While the goal of “zero harm” may seem unattainable, it must remain an ethical imperative for ensuring the quality and integrity of care.

Keywords: Safety culture; Risk; Patient safety; Healthcare services

1. Introdução

A segurança do doente (SD) é um princípio fundamental na prestação de cuidados de saúde sendo reconhecida como componente essencial da qualidade assistencial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define SD como “uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que reduzem os riscos de forma consistente e sustentável, diminuem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o seu impacto quando ocorrem” (WHO, 2023).

A preocupação com a SD remonta ao princípio hipocrático *Primum non nocere* ou “primeiro não prejudicar”. Significa que, primeiro e antes de tudo mais, devemos não fazer mal. Tudo o

resto vem depois e não antes (Tribolet, 2020). No entanto, a consolidação do conceito ocorreu no início do século XXI, com o relatório *To err is human: building a safer health system*, que impactou ao expor a magnitude dos erros evitáveis no sistema de saúde norte-americano, estimando que até 98.000 mortes anuais poderiam ser atribuídas a Eventos Adversos (EA) evitáveis (Kohn et al., 2000).

A OMS reconhece que as falhas na SD resultam de múltiplos fatores, que podem comprometer a prestação segura de cuidados, nomeadamente (WHO, 2023):

- **Fatores organizacionais**, como a complexidade dos procedimentos médicos, processos e procedimentos inadequados e perturbações no fluxo e na coordenação do trabalho;
- **Fatores tecnológicos**, incluindo problemas na utilização de registos informatizados e uso inadequado de tecnologia;
- **Fatores humanos**, como dificuldades na comunicação entre os profissionais, trabalho em equipa (TE) ineficaz, fadiga e esgotamento;
- **Fatores relacionados com o doente**, nomeadamente baixa literacia em saúde e falta de adesão ao tratamento;
- **Fatores externos**, como pressões económicas, financeiras e ausência de *standards*.

A cultura de segurança do doente tem sido amplamente debatida como um conjunto de valores, atitudes e práticas que visam reduzir EA e melhorar a qualidade dos cuidados. No entanto, para além das normas e diretrizes institucionais é igualmente importante o papel do “zelo” profissional. Este conceito baseia-se na dedicação subjetiva e ética para além do que é estritamente prescrito, podendo atuar como proteção ativa, já que o profissional, ao antecipar riscos e adaptar o trabalho real às demandas concretas, contribui para prevenir incidentes e promover a SD. A organização do trabalho e as relações interpessoais influenciam não só a saúde mental dos profissionais, mas também a qualidade assistencial. Assim, a SD depende não apenas de protocolos, mas também do contexto organizacional e emocional em que os cuidados são prestados (Dejours, 2013).

Apesar dos esforços e interesse das instituições de saúde em implementar práticas para otimizar a cultura de segurança do doente, a área da saúde ainda não atingiu patamares de segurança comparáveis ao de indústrias como a aviação e energia nuclear (Amalberti et al., 2005).

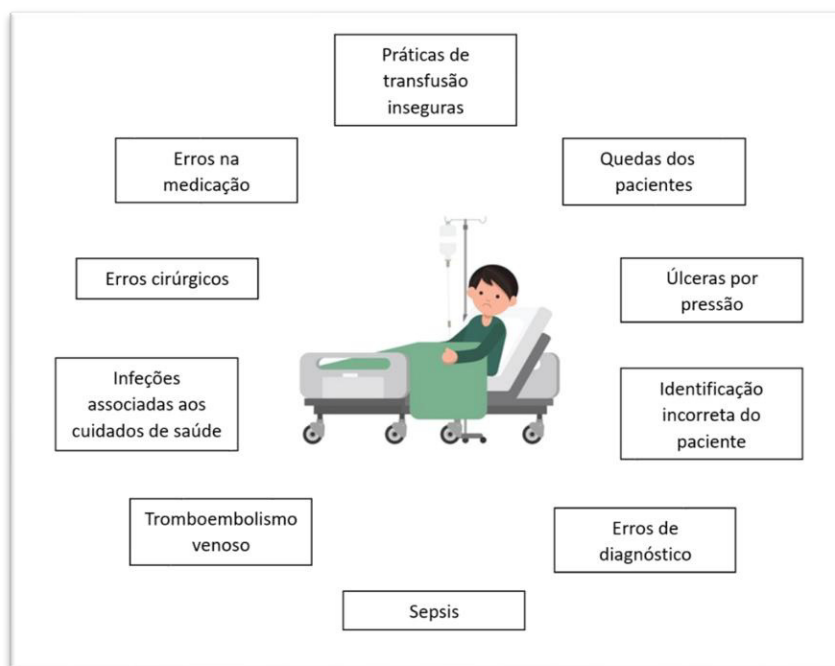
À semelhança dos fatores já descritos, também Amalberti et al. (2005) enumeram cinco barreiras que dificultam a consolidação da SD:

- 1. Limitar o desempenho máximo** - Quando não existem limites, ou seja, a atitude predominante é “atingir um alto nível de produção, não importa o que aconteça”, a segurança pode estar comprometida pela pressão do desempenho;
- 2. Abandono da autonomia profissional** - A cultura tradicional valoriza fortemente a “independência” do médico, dificultando a padronização. A formação dos profissionais em TE e regulamentações rigorosas melhoram a SD;
- 3. Transição da mentalidade de artesão para a de ator equivalente** – A padronização dos cuidados exige uniformização de competências, como ocorre na aviação, onde não importa saber qual o piloto que está na cabine, já que se espera que todos possuam as mesmas habilitações;
- 4. Arbitragem a nível de sistema para otimizar estratégias de segurança** - Sistemas altamente seguros tendem a aumentar a responsabilização individual por falhas, tornando necessário equilibrar segurança e cultura de responsabilização;
- 5. Necessidade de simplificar as regras e regulamentos** – À medida que a segurança se torna prioridade, acumulam-se regulamentos e procedimentos, que podem tornar a sua aplicação prática inviável, resultando em confusão e falhas de implementação.

Enquanto a aviação conseguiu superar três das barreiras, a saúde ainda enfrenta dificuldades na primeira, relacionada com o desempenho seguro. Gestores e profissionais de saúde devem formular políticas que reconheçam estas barreiras culturais, organizacionais e regulamentares, com o objetivo de adotarem uma estratégia de adaptação e não de replicação de modelos, chegando assim a caminhos mais realistas para diminuir os EA (Amalberti et al., 2005).

A interrupção da cadeia de SD resulta da interação entre múltiplos fatores, aumentando o risco de danos. Na Figura 1, encontram-se ilustrados os principais danos causados aos doentes, de acordo com a OMS.

Figura 1- Principais danos causados aos doentes



Fonte: elaboração própria, adaptado de WHO,

1.1.A segurança do doente em números

A OMS reconhece a SD como uma preocupação global de saúde pública. Como mencionado anteriormente, comparativamente a indústrias percebidas como de alto risco, os cuidados de saúde apresentam um nível de segurança significativamente inferior. Por exemplo, o risco de morte durante uma viagem de avião é estimado em 1 em cada 3 milhões de passageiros, enquanto o risco de morte devido a um erro médico evitável é de 1 em cada 300 doentes. Significa que indústrias que têm um risco percebido mais elevado, têm um nível de segurança melhor que os cuidados de saúde (WHO, 2019).

As estatísticas mostram-nos que (WHO, 2019, 2023):

- 1 em cada 10 doentes sofre danos ao receber cuidados hospitalares e cerca de 50% desses eventos poderiam ser evitados;
- Mais de 3 milhões de mortes ocorrem anualmente devido a falhas na segurança, tornando os EA uma das 10 principais causas de mortalidade e morbidade a nível mundial;
- Nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), cerca de 15% da despesa dos hospitais deve-se a EA, como as úlceras por pressão;

- O envolvimento ativo dos doentes pode reduzir os danos até 15%, resultando em ganhos financeiros e assistenciais;
- Erros de medicação, como administração de doses incorretas e instruções confusas, são uma das principais causas de danos evitáveis, afetando 1 em cada 20 pacientes;
- Estima-se que os custos associados a erros de medicação ascendam a 42 mil milhões de dólares anualmente;
- Nos Estados Unidos, 5% dos pacientes em ambulatório recebem um diagnóstico errado ou tardio, sendo que 50% destes erros têm potencial de causar danos graves;
- Aproximadamente 10 em cada 100 doentes internados desenvolvem infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), podendo estas ser reduzidas até 55% através de medidas simples, como a higienização das mãos;
- Mais de 1 milhão de doentes morrem anualmente devido a complicações cirúrgicas.

1.2 O panorama português

Em Portugal, os profissionais de saúde desempenham um papel central na SD, sendo os enfermeiros a classe mais representativa (33,7%) dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados (Pinto, 2022).

Um estudo nacional avaliou o impacto dos EA em hospitais públicos, demonstrando que (Sousa et al., 2011):

- 61% dos EA não resultaram em danos físicos permanentes para os doentes;
- 5,7% dos EA provocaram danos permanentes, incapacidade ou disfunção;
- 18,4% dos EA resultaram na morte do doente;
- Em 47783 admissões, foram verificados 1669 processos de doentes em que a taxa de incidência de EA é de 11,1%. Destes, 53,2% são evitáveis e, em 58,2%, houve prolongamento do tempo de internamento (média de 10.7 dias).

A melhoria da cultura de segurança do doente e a redução de EA são reconhecidas como prioridades pelas autoridades nacionais e internacionais. Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS) tem promovido iniciativas no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, reforçando a qualidade assistencial. A implementação de estratégias para prevenir incidentes evitáveis é vista como essencial para ganhos em saúde. O Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026, alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU e o Plano de Ação Mundial da OMS, veio

reforçar a centralidade da SD nas políticas de saúde, estruturando-se em cinco pilares (Direção Geral da Saúde - DGS & Serviço Nacional De Saúde - SNS, 2021):

Cultura de segurança

Promoção da formação de profissionais de saúde, avaliação contínua da cultura de segurança e aumento da literacia dos doentes, familiares e sociedade na segurança dos cuidados de saúde.

Liderança e governança

Envolvimento dos órgãos máximos de gestão e da liderança das instituições.

Comunicação

Otimização da comunicação intra e interinstitucional, bem como da comunicação com doentes, familiares e cuidadores.

Prevenção e gestão de incidentes de SD

Aumento da cultura e transparência da notificação, promovendo o acompanhamento dos incidentes.

Práticas seguras em ambientes seguros

Consolidação e monitorização da implementação de práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.

2. Objetivos

Este estudo tem como objetivos sintetizar as principais evidências disponíveis sobre os fatores que influenciam a cultura de segurança do doente e identificar medidas baseadas na literatura que possam contribuir para a sua melhoria nos serviços de saúde.

3. Metodologia

Este estudo consiste numa *scoping review*, sustentada na metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI). O protocolo foi elaborado seguindo os itens do PRISMA-ScR para *Scoping Review* (Tricco et al., 2018).

3.1 Estratégia de Pesquisa

A pesquisa dos artigos foi conduzida nas bases de dados, *PubMed* e *Scopus*, utilizando as palavras-chave: “*patient*” AND “*safety*” AND “*culture*” AND “*healthcare*”.

3.2 Seleção dos Artigos

A pesquisa foi efetuada com delimitação temporal entre 2014 e 2024, com base em critérios de inclusão e exclusão (Quadro I).

Quadro I – Critérios de inclusão e exclusão

Critérios	
Inclusão	<ul style="list-style-type: none">- Artigos com evidência relativa ao tema tratado neste estudo;- Artigos publicados entre 2014 e 2024;- Artigos disponíveis em texto integral;- Artigos revistos por pares;- Artigos em revistas científicas;- Artigos com idioma Português ou Inglês;
Exclusão	<ul style="list-style-type: none">- Artigos sobre ensaios clínicos;- Artigos que não continham as palavras-chave no título e/ou resumo;- Estudos de Caso e de Opinião;- Artigos sem metodologia científica;

Após aplicação dos filtros (Quadro II) referentes aos critérios de inclusão, foram identificados um total de 964 artigos, que foram importados para o software de gestão de referências *Mendeley Desktop*.

Quadro II – Filtros automatizados usados na pesquisa

Base de Dados	Pesquisa e Filtros
PubMed	Pesquisa: "patient" AND "safety" AND "culture" AND "healthcare". Filtros: "2014-2024"; "Free Full Text"; "English"; "Portuguese"; "Humans"
Scopus	Pesquisa: "patient" AND "safety" AND "culture" AND "healthcare". Filtros: "2014-2024"; "Article"; "Review"; "Journal" "English"; "Portuguese"; Excluído: "Bronze open access"; "fora da área temática deste trabalho (ex: como medicina veterinária ou dentária, astronomia e economia)"; "palavras-chave fora do campo de interesse (ex: COVID 19 ou Blood Culture)"

Na triagem inicial, os artigos foram analisados com base no título e/ou resumo para avaliar a sua relevância de acordo com os critérios previamente definidos. Como resultado, 941 artigos foram excluídos, restando 23 artigos potencialmente elegíveis que foram analisados na íntegra

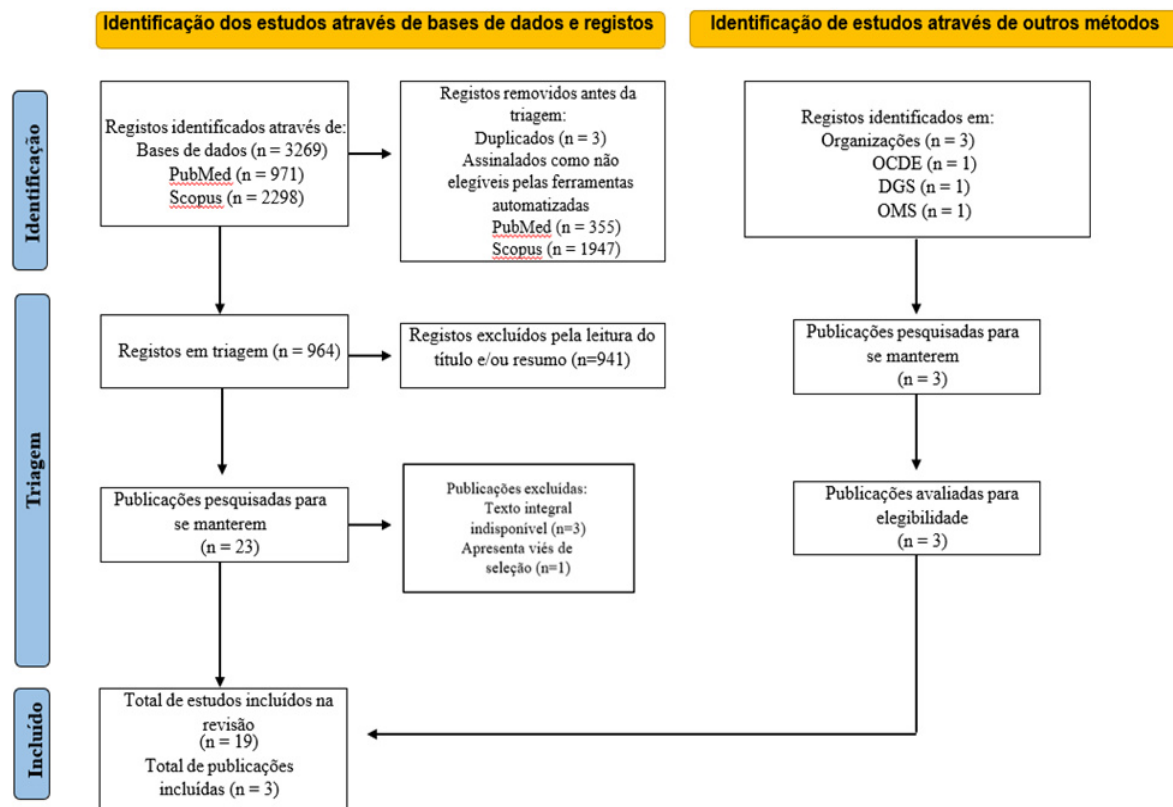
por dois investigadores de forma independente. Após esta análise, foram excluídos mais 4 artigos, resultando num total de 19 artigos científicos incluídos na revisão.

Além dos estudos identificados nas bases de dados, foram integradas na revisão 3 publicações da OMS, OCDE e DGS. A seleção destas fontes baseou-se na sua relevância para o contexto da SD e no seu impacto na definição de políticas internacionais e nacionais. Estas publicações complementam a revisão bibliográfica ao fornecerem uma perspetiva normativa e estratégica, essencial para a formulação de medidas práticas de melhoria da cultura de segurança do doente.

A avaliação da qualidade dos artigos foi realizada com base na escala FAME do JBI. (The Joanna Briggs Institute, 2014), que é apresentada no Quadro III, bem como um sumário dos artigos revistos.

Um fluxograma, apoiado nas diretrizes PRISMA 2020 (Page et al., 2021), sintetiza as diferentes fases do processo de seleção de artigos.

No total, foram incluídas 22 publicações na presente revisão.

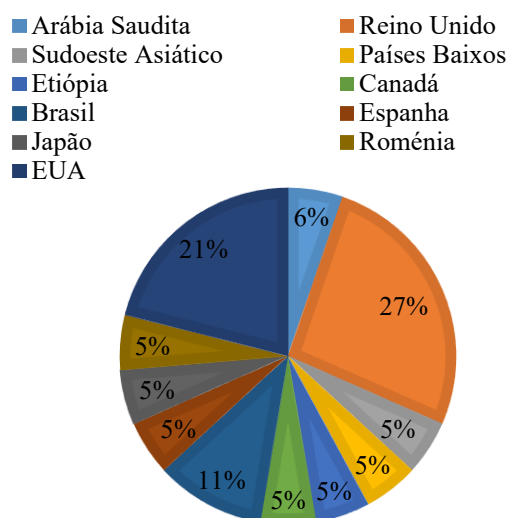


Legenda 1: Fluxograma de seleção de artigos PRISMA 2020. Traduzido por: Verónica Abreu*, Sónia Gonçalves-Lopes*, José Luís Sousa* e Verónica Oliveira / *ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia – Portugal (Page et al., 2021).

4. Resultados e Discussão

A maioria dos estudos incluídos são provenientes do Reino Unido (27%) e dos Estados Unidos da América (21%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – País de origem dos estudos

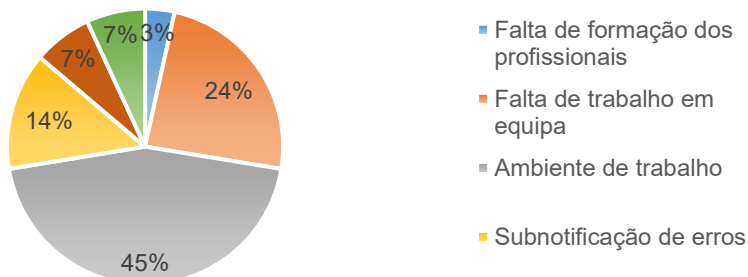


Fonte: elaboração própria

4.1 Fontes de Quebra na Segurança do Doente

Embora o principal objetivo dos profissionais de saúde seja garantir cuidados de elevada qualidade e segurança, diversos fatores podem comprometer a SD. A análise dos artigos identificou como mais frequentes: ambiente de trabalho (45%), falhas no TE (24%), subnotificação de erros (14%), baixo envolvimento do doente (7%), problemas com sistemas informáticos (7%) e falta de formação dos profissionais (3%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Fontes de quebras na segurança do doente



Fonte: elaboração própria

4.1.1 Ambiente de trabalho

Os fatores associados ao ambiente de trabalho incidem, principalmente, na componente humana e organizacional, onde a escassez de recursos humanos (RH), a acumulação de horas e redução dos períodos de descanso levam à sobrecarga e *stress* dos profissionais (Azyabi et al., 2021; Janes et al., 2021; Nora & Beghetto, 2020). O *burnout* surge como consequência, afetando negativamente a capacidade de prestar cuidados seguros (Rolo et al., 2023). Estas condições estão associadas ao aumento de erros na medicação e da incidência de IACS (Azyabi et al., 2021; Janes et al., 2021; Nora & Beghetto, 2020).

Instituições de saúde que investem na otimização do ambiente de trabalho com oportunidades de crescimento e reconhecimento, tendem a reter talentos e melhorar a qualidade do atendimento (Rolo et al., 2023)

4.1.2 Falta de trabalho em equipa

A comunicação e colaboração ineficazes dentro das equipas refletem-se negativamente na SD (Alsulami et al., 2022). Falhas de comunicação, particularmente durante a transição de turnos, podem levar à omissão ou distorção de informações relevantes. Também a falta de apoio mútuo compromete a capacidade da equipa em responder eficazmente a situações complexas (Romeo Casabona et al., 2019).

Segundo Edmondson (2024), a ausência de uma cultura de colaboração institucional pode resultar no isolamento dos profissionais, com impacto direto na fluidez da comunicação e na partilha de responsabilidades. Ambientes organizacionais onde não se promove o TE tendem a perpetuar erros evitáveis, ao passo que equipas coesas, potenciam a aprendizagem, a antecipação de riscos e a tomada de decisões mais seguras.

4.1.3 Subnotificação de erros

A cultura de culpabilização presente em muitos contextos de saúde inibe a comunicação aberta dos erros. O receio de represálias contribui para a subnotificação, limitando a aprendizagem organizacional e perpetuando falhas nos sistemas (Alsulami et al., 2022; Hayashi et al., 2020). A organização deve dar liberdade aos trabalhadores para comunicarem os erros, para que estes possam ser incorporados na gestão da prevenção (Areosa, 2021).

4.1.4 Não envolvimento do doente

A relação profissional de saúde - doente é fundamental para a segurança dos mesmos. A não inclusão ativa do doente nos seus cuidados compromete a compreensão da sua condição, os riscos que ela acarreta ou até mesmo as opções de tratamento disponíveis. Além disso, aumenta o risco de omissão de informação relevante (por exemplo alergias a medicamentos) (Rosen et al., 2018; Zwijnenberg et al., 2016).

4.1.5 Problemas Informáticos

Os serviços informáticos são cada vez mais importantes, não só porque permitem aos profissionais o acesso à história clínica dos doentes, mas também porque são ferramentas importantes no diagnóstico. Contudo o seu uso indevido pode comprometer a SD quer seja pela violação da sua privacidade (acessos não autorizados aos registos eletrónicos) ou pela perda de informação quando os sistemas são comprometidos (Rosen et al., 2018; Zwijnenberg et al., 2016).

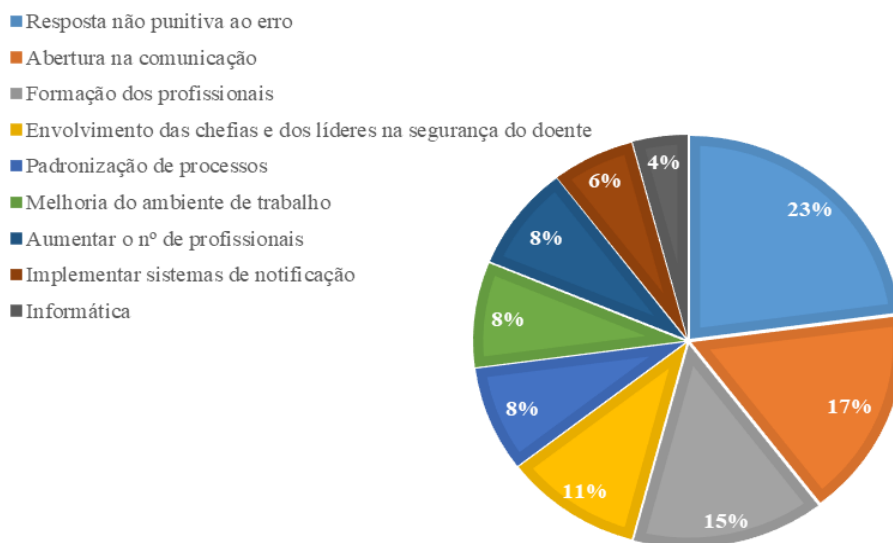
4.1.6 Falta de formação dos profissionais

O desconhecimento das boas práticas em SD, aliado a dificuldades na implementação de programas formativos, constitui um obstáculo à melhoria da cultura de segurança. Entre os entraves identificados estão a fraca adesão institucional e a falta de coordenação e planeamento (Romeo Casabona et al., 2019; WHO, 2021; Wu et al., 2023)

4.2 Medidas de Suporte à *Cultura de Segurança do Doente*

Com base nos fatores identificados, foi possível agrupar medidas de suporte à cultura de segurança do doente (Gráfico 3). As mais referidas foram: resposta não punitiva ao erro (23%), abertura na comunicação (17%), formação de profissionais (15%), envolvimento da liderança na SD (11%), padronização de processos (8%), melhoria do ambiente de trabalho (8%), aumento do número de profissionais (8%), implementação de sistemas de notificação (6%) e medidas relacionadas com informática (4%).

Gráfico 3 – Medidas de suporte à cultura de segurança do



Fonte: elaboração própria

4.2.1 Resposta não punitiva ao erro

No estudo de Kang et al. (2021), a resposta não punitiva aos erros foi encarada como uma dimensão da SD com baixa percentagem de respostas positivas pelos profissionais de saúde. A promoção de sistemas de notificação e programas educativos pode facilitar a mudança cultural.

Deve ser promovida uma política não punitiva em relação à notificação de EA de forma a se aprender com os erros, esclarecendo as circunstâncias em que a responsabilização individual se aplicará (WHO, 2021).

Segundo Areosa (2021), qualquer atividade humana é vulnerável ao erro. Culpabilizar e responsabilizar as pessoas, não resolve os problemas e puni-las, cria a ilusão de que o problema era apenas individual, originando outro erro: acreditar que o problema ficou resolvido. Uma gestão assertiva da prevenção deve assentar na procura de vulnerabilidades organizacionais e não tanto falhas individuais.

4.2.2 Abertura na comunicação

A comunicação eficaz é fundamental na SD. Só com uma comunicação clara e aberta é que os profissionais conseguem compreender completamente os planos de medicamentos, tratamento e de acompanhamento (WHO, 2021). Barreiras como a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos dificultam este processo (Alsulami et al., 2022; WHO, 2021). Recomenda-se a existência de um protocolo com orientações e recomendações a fim de abordar questões

relacionadas com a comunicação, práticas baseadas em evidências e TE (Nora & Beghetto, 2020).

4.2.3 Formação dos profissionais

Programas de formação em SD demonstram impacto positivo na prática clínica e prevenção de erros. Reforçar competências dos profissionais é essencial para sustentar uma cultura de segurança (Serban et al., 2020).

4.2.4 Envolvimento dos líderes

A liderança comprometida com a SD é fundamental para definir prioridades, promover a comunicação aberta e criar ambientes seguros (De Bienassis & Klazinga, 2022).

4.2.5 Padronização de processos

A definição clara de procedimentos através de *guidelines* é importante pois aumenta a estabilidade e coerência dos procedimentos, diminuindo a incidência de erros e falhas, resultando num aumento da eficácia e qualidade dos processos (Azyabi et al., 2021; Cochrane et al., 2017; Gandhi et al., 2018; Spencer & Campbell, 2014; Wami et al., 2016).

4.2.6 Melhoria do ambiente de trabalho

Melhorias na gestão dos turnos e carga horária pode contribuir para que o profissional de saúde esteja mais alerta para erros que possam ocorrer (Hayashi et al., 2020; Wami et al., 2016). A promoção do TE e da confiança aumenta a segurança na realização dos procedimentos. (Cochrane et al., 2017; Okuyama et al., 2018; Vincent et al., 2014).

4.2.7 Aumento do número de profissionais

A escassez de profissionais faz com que a equipas fiquem sobrecarregadas e com necessidade de trabalhar mais horas, podendo aumentar a incidência de erros e EA. De acordo com a OCDE, é necessário haver uma boa gestão dos RH para promover a segurança do profissional e do doente (Alsulami et al., 2022; Elmontsri et al., 2017; Janes et al., 2021; Rosen et al., 2018).

4.2.8 Sistemas de notificação

Os sistemas de notificação permitem identificar falhas e prevenir a sua repetição (Kang et al., 2021). Para que haja uma maior adesão a estes sistemas é fundamental promover a sua

utilização sem repreensão (Layne et al., 2019; Okuyama et al., 2018; Romeo Casabona et al., 2019; Spencer & Campbell, 2014; Verstappen et al., 2015; Wami et al., 2016).

4.2.9 Informática

Os sistemas informáticos são uma mais-valia ao otimizarem o acesso à informação clínica e a tomada de decisão. A criação de *softwares* tem facilitado as equipas a tomarem a melhor decisão tendo em consideração todo o histórico do doente, sendo o objetivo final, uma melhor organização dos serviços e aumentar a rapidez nos diagnósticos (Spencer & Campbell, 2014; Verstappen et al., 2015).

Quadro III – Sumário dos artigos revistos

Primeiro autor e ano	País/Região	Metodologia usada	Qualidade	Principais lacunas que podem ser potenciais fontes causadoras de dano ao doente	Medidas para a melhoria da cultura de segurança
Alsulami A, 2023	Arábia Saudita	Quantitativa	9	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de formação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o nº de profissionais • Formação dos profissionais
Kang S, 2021	Sudoeste Asiático	Quantitativa	10	<ul style="list-style-type: none"> • Falhas na organização e gestão • Falta de TE • Ambiente de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da liderança na SD • Resposta não punitiva ao erro • Formação dos profissionais • Implementar sistemas de notificação
Azyabi A, 2021	EUA	Quantitativa	10	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de TE • Subnotificação de erros/incidentes por medo de represálias • Nº reduzido de profissionais • Falta de rotatividade dos turnos 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação aberta • Resposta não punitiva ao erro • Formação dos profissionais • Envolvimento da liderança na SD • Padronização de processos
Janes G, 2021	Reino Unido	Meta-análise	9	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de envolvimento da equipa nas práticas de SD 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o nº de profissionais
Hayashi R, 2020	Japão	Qualitativa	10	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da qualidade (questionários aos profissionais) • Melhorar o ambiente de trabalho
Serban D, 2020	Roménia	Qualitativa	10	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de formação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar e incentivar a notificação de incidentes • Formação dos profissionais
Nora C, 2020	Brasil	Qualitativa	8	<ul style="list-style-type: none"> • Erros na medicação • Atraso no diagnóstico ou diagnóstico inapropriado • Falha na comunicação doente-profissional e dentro das equipas • Ambiente de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação dos profissionais • Comunicação aberta • Resposta não punitiva ao erro
Romeo C, 2019	Espanha	Qualitativa	7	<ul style="list-style-type: none"> • Subnotificação de erros/incidentes por medo de represálias 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar e incentivar a notificação de incidentes
Layne D, 2019	EUA	Qualitativa	6	<ul style="list-style-type: none"> • Falha na comunicação dentro das equipas • Erros na medicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar e incentivar a notificação de incidentes

Primeiro autor e ano	País/Região	Metodologia usada	Qualidade	Principais lacunas que podem ser potenciais fontes causadoras de dano ao doente	Medidas para a melhoria da cultura de segurança
Rosen M, 2018	EUA	Qualitativa	5	<ul style="list-style-type: none"> • Falha na comunicação dentro das equipas • Erros na medicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o nº de profissionais • Comunicação aberta • Resposta não punitiva ao erro
Gandhi T, 2018	EUA	Qualitativa	8	<ul style="list-style-type: none"> • Erros cirúrgicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Padronização de processos • Comunicação aberta
Okuyama J, 2018	Brasil	Meta-análise	10	<ul style="list-style-type: none"> • Subnotificação de erros/incidentes por medo de represálias 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar e incentivar a notificação de incidentes • Comunicação aberta • Melhorar o TE • Formação dos profissionais
Elmonstri M, 2017	Reino Unido	Qualitativa e Quantitativa	10	<ul style="list-style-type: none"> • Subnotificação de erros/incidentes por medo de represálias 	<ul style="list-style-type: none"> • Resposta não punitiva ao erro • Aumentar o nº de profissionais • Comunicação aberta
Cochrane B, 2017	Canadá	Qualitativa	6	<ul style="list-style-type: none"> • Erros na medicação 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da liderança na SD • Incentivos para os profissionais • Comunicação aberta • Resposta não punitiva ao erro • Incorporar metodologias Lean e Six Sigma nos serviços • Padronização de processos
Wami S, 2016	Etiópia	Qualitativa	10	<ul style="list-style-type: none"> • Horário de trabalho • Nº reduzido de profissionais • Falta de TE 	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento do doente • Comunicação aberta • Resposta não punitiva ao erro • Facilitar e incentivar a notificação de incidentes • Melhorar o ambiente de trabalho • Formação dos profissionais • Envolvimento da liderança na SD • Padronização de processos
Zwijenberg N, 2016	Países Baixos	Qualitativa	10	<ul style="list-style-type: none"> • Falha na comunicação chefia-profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação aberta • Envolvimento da liderança na SD

Primeiro autor e ano	País/Região	Metodologia usada	Qualidade	Principais lacunas que podem ser potenciais fontes causadoras de dano ao doente	Medidas para a melhoria da cultura de segurança
Verstappen W, 2015	Reino Unido	Qualitativa	9	<ul style="list-style-type: none"> • Atraso no diagnóstico ou diagnóstico inapropriado • Falha na comunicação doente-profissional e dentro das equipas • Erros na medicação • Falhas organizacionais • Fatores tecnológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos prospetivos (equipa multidisciplinar que, de forma proativa, avalia um processo de cuidado de saúde, focando-se no processo, depois nos principais problemas e finalmente arranjar soluções) • Envolvimento do doente • Informática • Implementar sistemas de notificação
Vincent C, 2014	Reino Unido	Qualitativa	7		<ul style="list-style-type: none"> • Medir o nível de confiança • Sensibilidade às operações • Métodos prospetivos • Aprendizagem
Spencer R, 2014	Reino Unido	Qualitativa e Quantitativa	7	<ul style="list-style-type: none"> • Erros na medicação • Atraso no diagnóstico ou diagnóstico inapropriado • Não envolvimento do doente • Informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrição com base em pacotes de indicadores • Implementar sistemas de notificação • Aprendizagem • Informática • Ferramentas de Diagnóstico

Fonte: elaboração própria

5. Conclusão

A SD é um desafio devido à elevada incidência de EA evitáveis, que causam sofrimento humano e aumentam os custos para os sistemas de saúde, com impacto na eficiência, sustentabilidade e confiança dos cidadãos nas instituições. Apesar dos progressos, a monitorização da segurança continua a ser desafiadora.

Esta revisão identificou os principais fatores que comprometem a *cultura de segurança do doente*, destacando-se o ambiente de trabalho como uma das principais barreiras.

Mesmo com bons processos clínicos definidos e um sistema de gestão de segurança em vigor, a segurança ideal só será alcançada quando a cultura organizacional for baseada no apoio mútuo, TE, responsabilidade partilhada, liderança sensível à segurança e na promoção de um ambiente onde os profissionais se sintam seguros para reportar os erros. A cultura de não culpabilização e a monitorização contínua da perceção dos profissionais são essenciais neste processo. A SD não depende apenas de normas, mas também da capacidade dos profissionais em adaptar a prática clínica às realidades do terreno.

No futuro deverá ser explorado com maior profundidade, a eficácia das intervenções propostas por exemplo, através de ensaios de implementação ou avaliações qualitativas que envolvam profissionais e doentes. Apostar em programas de formação contínua centrados na ética, TE e comunicação e na literacia em SD, será determinante para otimizar a segurança nos cuidados de saúde.

Em última análise estabelecer uma *cultura de segurança do doente* é essencial para melhorar a qualidade do atendimento. Apesar de muitos dizerem que o objetivo de “zero dano” ao doente é inatingível na área da saúde, esta deverá sempre ser a nossa meta, caso contrário seremos “cúmplices” ao assumir que o dano é aceitável e esperado, o que compromete a responsabilidade ética nos cuidados de saúde.

Referências

- Alsulami, A., A’aqoulah, A., & Almutairi, N. (2022). Patient safety culture awareness among healthcare providers in a tertiary hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *Frontiers in Public Health*, 10, 953393. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.953393>
- Amalberti, R., Auroy, Y., Berwick, D., & Barach, P. (2005). Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care. *Annals of Internal Medicine*, 142(9), 756–764. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-9-200505030-00012>
- Areosa, J. (2021). Herrar é umano: insistir no herro também. *Analise Social*, 56(238), 84–107. <https://doi.org/10.31447/as00032573.2021238.04>

- Azyabi, A., Karwowski, W., & Davahli, M. R. (2021). Assessing patient safety culture in hospital settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 1–36. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18052466>
- Cochrane, B. S., Hagins, M., Picciano, G., King, J. A., Marshall, D. A., Nelson, B., & Deao, C. (2017). High reliability in healthcare: creating the culture and mindset for patient safety. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 61–68. <https://doi.org/10.1177/0840470416689314>
- De Bienassis, K., & Klazinga, N. S. (2022). Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care: Findings of the OECD patient safety culture pilot data collection and considerations for future work. *OECD Health Working Papers*, 134. <https://doi.org/10.1787/95ae65a3-en>
- Dejours, C. (2013). A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 33, 9–28.
- Direção Geral da Saúde - DGS, & Serviço Nacional De Saúde - SNS. (2021). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.
- Edmondson, A. (2024). *O Tipo Certo de Erro A ciência de falhar bem*. Temas e Debates.
- Elmontsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., & Majeed, A. (2017). Status of patient safety culture in Arab countries: a systematic review. *BMJ Open*, 7(2), e013487. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013487>
- Gandhi, T. K., Kaplan, G. S., Leape, L., Berwick, D. M., Edgman-Levitan, S., Edmondson, A., Meyer, G. S., Michaels, D., Morath, J. M., Vincent, C., & Wachter, R. (2018). Transforming concepts in patient safety: A progress report. *BMJ Quality and Safety*, 27(12), 1019–1026. <https://doi.org/10.1136/BMJQS-2017-007756>
- Hayashi, R., Fujita, S., Iida, S., Nagai, Y., Shimamori, Y., & Hasegawa, T. (2020). Relationship of patient safety culture with factors influencing working environment such as working hours, the number of night shifts, and the number of days off among healthcare workers in Japan: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 20(1), Article 310. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05114-8>
- Janes, G., Mills, T., Budworth, L., Johnson, J., & Lawton, R. (2021). The Association Between Health Care Staff Engagement and Patient Safety Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Patient Safety*, 17(3), 207–216. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000807>
- Kang, S., Ho, T. T. T., & Lee, N. J. (2021). Comparative Studies on Patient Safety Culture to Strengthen Health Systems Among Southeast Asian Countries. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2020.600216>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Layne, D. M., Nemeth, L. S., Mueller, M., & Martin, M. (2019). Negative behaviors among healthcare professionals: Relationship with patient safety culture. *Healthcare (Switzerland)*, 7(1), Article 23. <https://doi.org/10.3390/healthcare7010023>
- Nora, C. R. D., & Beghetto, M. G. (2020). Patient safety challenges in primary health care: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0209>
- Okuyama, J. H. H., Galvao, T. F., & Silva, M. T. (2018). Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: A systematic review and meta-analysis. *Scientific World Journal*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting

- systematic reviews. In *The BMJ* (Vol. 372). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pinto, T. M. B. A. (2022). *Papel do enfermeiro gestor na implementação de estratégias para diminuir a ocorrência de erros de medicação, num Serviço de Urgência* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Rolo, D., Oliveira, H., Areosa, J., Antunes, J., Amaral, M., Varela, R., & Santa, R. (2023). *Enfermeiros - Vida e Trabalho: Estudo sobre as condições de vida e de trabalho dos enfermeiros em Portugal*. Húmus.
- Romeo Casabona, C. M., Urruela Mora, A., Peiró Callizo, E., Alava Cano, F., Gens Barbera, M., Iriarte Aristu, I., Silvestre Busto, C., & Astier-Peña, M. P. (2019). What regulations have launched autonomous communities to going forward on patient safety culture in healthcare organizations? *Journal of Healthcare Quality Research*, 34(5), 258–265. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.05.006>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Serban, D., Smarandache, A., Cristian, D., Tudor, C., Duta, L., & Dascalu, A. (2020). Medical errors and patient safety culture – shifting the healthcare paradigm in Romanian hospitals. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 28(2), 195–201. <https://doi.org/10.4323/rjlm.2020.195>
- Sousa, P., Uva, A. de S., Serranheira, F., Leite, E. S., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Spencer, R., & Campbell, S. M. (2014). Tools for primary care patient safety: a narrative review. *BMC Family Practice*, 15(1), 166. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-166>
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party - Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation*. The Joanna Briggs Institute. <https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI%20Levels%20of%20Evidence%20Supporting%20Documents-v2.pdf>
- Tribolet de Abreu, T. (2020, May 31). *Primum non nocere? Pelo contrário...* <https://observador.pt/opiniao/primum-non-nocere-pelo-contrario/>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Mother, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., & Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7).
- Verstappen, W., Gaal, S., Bowie, P., Parker, D., Lainer, M., Valderas, J. M., Wensing, M., & Esmail, A. (2015). A research agenda on patient safety in primary care. Recommendations by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *European Journal of General Practice*, 21(sup1), 72–77. <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1043726>
- Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2014). Safety measurement and monitoring in healthcare: A framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ Quality and Safety*, 23(8), 670–677. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002757>
- Wami, S. D., Demssie, A. F., Wassie, M. M., & Ahmed, A. N. (2016). Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 16(1), Article 495. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1757-z>

- WHO. (2019, August 26). *10 facts on patient safety*. <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>
- WHO. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*.
- WHO. (2023, September 11). *Patient safety*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about>
- Wu, H.-H., Lee, Y.-C., Huang, C.-H., & Li, L. (2023). Healthcare professional's perception of patient safety assessed by the hospital survey on patient safety culture in Taiwan: a systematic review. *The TQM Journal*, 35(3), 615–629. <https://doi.org/10.1108/TQM-11-2021-0317>
- Zwijnenberg, N. C., Hendriks, M., Hoogervorst-Schilp, J., & Wagner, C. (2016). Healthcare professionals' views on feedback of a patient safety culture assessment. *BMC Health Services Research*, 16(1), Article 199. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1404-8>

Authors Profiles

Sara Lisete Silva has a degree in Laboratory Biomedical Sciences (EssUalg). Post graduated in Laboratory Medicine (Portuguese Catholic University), Health Technology Assessment and Management (HTAM) (ESTeSL) and Infectious diseases (Lisbon Medicine University). Master student in HTAM (ESTeSL). Laboratory biomedical scientist at immunohemotherapy service of ULS Coimbra. Interests in health management, Lean Six Sigma and patient safety.

Ana Cristina Dias has a degree in Environmental Health (ESTeSL), Specialization in Occupational Health and Safety (IST), and Executive master's in health management and Assessment (CESPU) Master student in HTAM (ESTeSL). Works at the Public Health Unit of ULS Almada-Seixal. Interests in Environmental Health, Public Health and Occupational Safety.

Ana Catarina Carvalho has a degree in Environmental Health and Master student in HTAM (ESTeSL). Works in a private Occupational Health and Safety Company. Interests in Public Health, Health management and patient safety.

Sara Neto has a degree in Clinical Physiology and Master student in HTAM (ESTeSL). Works as cardiopneumologist in a private cardiology clinic in Almada. Interests in health management, patient safety and cardiology.

Margarida Eiras has received a PhD from the National Public Health School, Nova University of Lisbon – Portugal. She is currently Adjunct Professor at the Higher School of Health Technologies of Lisbon. Her research interests are in the areas of quality and management.