

Consuelo Helena Aires de Freitas
Adriana Catarina de Souza Oliveira
Maria Salete Bessa Jorge
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Organizadores

Segurança do Paciente:
um caminho de muitas vias teóricas
metodológicas e aplicabilidade prática
no Sistema Sanitário

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Consuelo Helena Aires de Freitas
Adriana Catarina de Souza Oliveira
Maria Salete Bessa Jorge
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Organizadores

**SEGURANÇA DO PACIENTE:
UM CAMINHO DE MUITAS VIAS TEÓRICAS
METODOLÓGICAS E APLICABILIDADE
PRÁTICA NO SISTEMA SANITÁRIO**

1ª Edição
Fortaleza - CE
2015



**SEGURANÇA DO PACIENTE: UM CAMINHO DE MUITAS VIAS TEÓRICAS
METODOLÓGICAS E APLICABILIDADE PRÁTICA NO SISTEMA SANITÁRIO**
© 2015 *Copyright by* Consuelo Helena Aires de Freitas, Adriana Catarina de Souza Oliveira, Maria Salete
Bessa Jorge e Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmu Ruiz

Diagramação e Capa

Narcélio Lopes

Imagem da Capa

Freepik

Revisão de Texto

Vanda de Magalhães Bastos

Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho

Francisco Welton Silva Rios – CRB-3 / 919 - Bibliotecário

S456 Segurança do paciente [e-book]: um caminho de muitas vias teóricas
metodológicas e aplicabilidade prática no sistema sanitário / organizadoras,
Consuelo Helena Aires de Freitas... [et al.] . – Fortaleza : EdUECE, 2015.
256p. : il. 2,5x 3,0cm.

Inclui bibliografia.

ISBN:978-85-7826-264-8.

1. Paciente – medidas de segurança. 2. Atenção primária à saúde. 3. Sistema de
saúde. I. Freitas, Consuelo Helena Aires de. Jorge,. II. Oliveira, Adriana
Catarina de Souza. III. Maria Salete Bessa IV. Leitão, Ilse Maria Tigre de Arruda.

CDD 610.289

Sumário

Prólogo	6
Introducción	11
Parte I. Segurança do Paciente e a diversidade teórico metodológico. 16	
Capítulo 1. Referencial teórico metodológico	17
Capítulo 2. Segurança do paciente na Rede de Atenção Terciária: desafios e cuidado	26
Capítulo 3. Segurança do paciente na Rede de Atenção Primária: Modelo teórico	41
Parte II. Gestão e suas diversidades	72
Capítulo 4. Gestão da clínica na perspectiva da segurança do paciente: avanços e desafios.....	73
Capítulo 5. Intersecção entre as políticas pedagógicas do Curso de Graduação em Enfermagem com eixo na segurança do paciente	87
Capítulo 6. Gestão de pessoas no contexto da segurança do paciente em Terapia Intensiva.....	107
Parte III. Experiencias en Seguridad del Paciente	136
Capítulo 7. Indicadores de Boas Práticas em Segurança do Paciente (ISEP): Experiência no desenvolvimento e validação na Espanha e Brasil.....	137
Capítulo 8. Seguridad del paciente en Enfermería: experiencia de la gestión de calidad y seguridad en un hospital universitario de Murcia/España.....	160
Capítulo 9. Aprender sin lastimar, seguridad del paciente y simulación clínica: una relación necesaria en la formación del profesional sanitario.....	185
Capítulo 10. Continuidad relacional, informativa y de gestión: los tres elementos claves para lograr una atención conecta y coherente.....	213
Sobre os Autores	247

Pedro Parra Hidalgo

En los últimos años hay un interés creciente en los servicios de salud por la mejora de la efectividad y la seguridad de la atención sanitaria junto con la sostenibilidad del sistema. Se ha generado la necesidad de conocer el impacto de los resultados en salud, es decir, evaluar las consecuencias de las decisiones e intervenciones sanitarias en términos de su producto final que son las ganancias en salud individual y poblacional y la satisfacción de los usuarios. Los resultados esperados de los sistemas sanitarios serán aquellos cambios en el estado de salud de las personas y poblaciones que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria.

En la última década, los programas de pago por resultados (*pay for performance*) se están generalizando en el sector sanitario. Su propósito es incentivar a los diferentes actores que intervienen en la prestación de servicios sanitarios con el fin de lograr un mejor rendimiento mediante el aumento de la calidad asistencial y la reducción de los costes. Estas iniciativas permiten generar una mayor cultura de calidad en los servicios de salud, y los proveedores sanitarios que operan en estos programas son recompensados según el cumplimiento de objetivos, que incluyen la reducción de la morbilidad y mortalidad así como la mejora de la calidad de vida y la satisfacción del paciente.

La evaluación de la calidad asistencial de las organizaciones sanitarias tiene, como primer paso, que abordar la definición de qué se entiende por calidad asistencial. En el Programa EMCA,

la calidad de la atención se define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”. Las dimensiones de la calidad citadas por todos los autores y organizaciones son la efectividad y la eficiencia. Otras dimensiones que suelen estar incluidas de forma explícita en las definiciones son la accesibilidad, la equidad y la seguridad, así como la satisfacción y el servicio centrado en el paciente.

La seguridad ha cobrado un gran impulso como dimensión de la calidad asistencial a raíz de la difusión de los estudios epidemiológicos que se han aproximado a establecer la magnitud de los daños que puede producir la atención sanitaria y asimismo al empuje de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS en 2004.

De acuerdo con la definición actual de la OMS, la seguridad es “la ausencia de daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria”. Como ya han señalado autores como el profesor Saturno, la extensión de la conceptualización de la seguridad del paciente, no solo al daño real, sino también a aquellos fallos de la atención que potencialmente podrían causar daño, hace que sea difícil establecer límites precisos con otras dimensiones de la calidad y, en especial, con la efectividad.

Los daños para el paciente tienen su traducción en términos de morbilidad y en costes de no calidad. De acuerdo con los estudios epidemiológicos realizados, alrededor del 10% de los pacientes ingresados en los hospitales sufre algún efecto adverso y, en torno a la mitad, podrían haberse evitado. Los informes para determinar el incremento de costes asociados a los eventos adversos hospitalarios estiman entre el 10% y el 25% el aumento en el coste del episodio. Un reciente artículo publicado

en España a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos en los hospitales españoles en el período 2008 – 2010 calcula que el coste incremental total de los eventos adversos alcanza el 6,7% del total del gasto sanitario.

A la hora de abordar las estrategias para impulsar la seguridad del paciente hay que tener en cuenta algunas consideraciones. En primer lugar, aunque el desarrollo en estos últimos años de la dimensión de la seguridad del paciente ha permitido la adaptación e incorporación de algunas herramientas procedentes de otros sectores (como el análisis de causas-raíz y el análisis modal de fallos y efectos), el marco conceptual y todos los principios de la gestión de la calidad en los servicios de salud son aplicables a la mejora de la seguridad del paciente.

En segundo lugar, es importante tener en cuenta que el objetivo de la atención sanitaria es producir mejoras de salud y satisfacción para el paciente. Cuando un paciente demanda servicios de salud lo que desea obtener es la mejora de su estado de salud y que esta se produzca con el mayor grado de satisfacción. El paciente que acude a los servicios de salud no espera recibir daños como resultado de la atención sanitaria.

El enfoque de la dimensión de la seguridad del paciente se orienta para conseguir reducir el daño o el riesgo de daño producido por la atención sanitaria. Es decir, se esfuerza en tratar de evitar que se produzca un resultado no deseado como producto de la atención sanitaria. El mayor éxito en seguridad es que el paciente no reciba un daño innecesario mientras que se intenta lograr el mayor beneficio para su salud.

Por su parte, el enfoque de otras dimensiones de la calidad, y especialmente la efectividad, va dirigido a incrementar los resultados deseados en salud para los individuos, y que las mejoras

conseguidas en este ámbito se traduzcan en ganancias netas de la calidad de la atención del sistema sanitario. No olvidemos que las ganancias en salud y la satisfacción de los usuarios constituye la misión esencial de los servicios de salud.

Por tanto, las estrategias de gestión de la calidad hay que diseñarlas desde una perspectiva global, de modo que se integren las acciones sin hacer compartimentos estancos que nos conducirían a ineficiencias y a pobres resultados.

En tercer lugar, hay que tener en cuenta, a la hora de diseñar estrategias, que el trabajo en organizaciones complejas, como son las sanitarias, se caracteriza por flujos de trabajo que exigen la intervención de múltiples actores, donde la ausencia de una gestión sistemática de estos procesos posibilita el riesgo de que se produzcan demoras, descoordinaciones o duplicidades en la atención sanitaria. En este sentido, la gestión por procesos es uno de los elementos clave de los modelos de calidad total. Es una herramienta de gestión útil en el despliegue de objetivos dentro de la organización, en la coordinación entre servicios y profesionales, en la sistematización de actividades a realizar, en la tarea de mantener el proceso bajo control a través de su seguimiento y medición y en la aplicación de ciclos de mejora continua en todas las actividades de la organización. En este contexto, es fundamental el trabajo en equipo de todos los profesionales sanitarios, para coordinar e interactuar las tareas que tienen asignadas con el fin de alcanzar el objetivo común de la mejor atención al paciente.

El abordaje efectivo de las estrategias de calidad y seguridad hay que realizarlo centrado en el paciente. Las perspectivas profesionales solo son legítimas si están puestas en función de lograr lo mejor para el paciente.

Por último, no podemos olvidar la necesidad de la evaluación de las estrategias. Con frecuencia, el entusiasmo por el despliegue para la puesta en marcha de las actividades relega la imprescindible evaluación. Tenemos que definir desde el principio los criterios para valorar la implantación de las estrategias y aplicar la metodología de la mejora continua para fomentar el aprendizaje y la innovación.

Para avanzar en estas tareas es fundamental la formación de los profesionales en la aplicación de las herramientas metodológicas útiles para el trabajo asistencial, del mismo modo que las organizaciones tienen que aprender acerca de las estrategias más efectivas para desarrollar e implementar la gestión de la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Este libro reúne los dos aspectos mencionados, y contribuirá, sin duda, a la mejora de los cuidados que reciben nuestros pacientes.

Introducción

Adriana Catarina de Souza Oliveira.

María Del Carmen Barbera Ortega.

Consuelo Helena Aires de Freitas.

Ilse María Tigre de Arruda Leitao.

María Salete Bessa Jorge

“La medicina dejó de ser simple, poco efectiva y relativamente segura, y pasó a ser compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa” CHANTLER (1999).

“Los servicios de salud son más complejos que ninguna otra industria en términos de relaciones, tipos de especialidades, subespecialidades, tipos de personal... Cuánto más complejo es un sistema, más probabilidades hay de que tenga fallos” (REASON, 2002).

La seguridad del paciente actualmente es punto estratégico en los sistemas sanitarios en la búsqueda por una atención de excelencia en calidad asistencial. La calidad de la asistencia sanitaria es un valor fundamental, tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Los pacientes esperan de los servicios sanitarios la curación de su enfermedad o la mejora de los síntomas, por lo cual, si existe una mala calidad en la atención prestada puede causarse daño e incluso muerte. Por otro lado, los profesionales desean hacer lo mejor posible su actividad asistencial por y para los pacientes, teniendo en cuenta además que su ética profesional les obliga a ofrecer una asistencia de calidad (BOHIGAS, 2001). La preocupación por la gestión de la calidad

asistencial se inició en la década de los años 40, cuando aparecen los primeros departamentos de calidad, y sobre todo tras aprobarse por la OMS el programa “Salud para todos”, en la reunión de Alma Ata, en 1978, y el posterior establecimiento de la Atención Primaria como estrategia para alcanzarla (FERNÁNDEZ-MARTÍN, 2009).

Tras casi 16 años de la publicación del informe “To err is Human: Building a safety Health System” todos los sistemas sanitarios han incorporado políticas de Garantía de Calidad y Seguridad del Paciente con el fin de minimizar al máximo el riesgo que cualquier atención sanitaria lleva implícito. La seguridad del paciente es una dimensión esencial de la calidad asistencial e implica la gestión de riesgos y la difusión de buenas prácticas. Los profesionales de enfermería son protagonistas en todas las fases del proceso asistencial, cuyo proceso de trabajo se realiza en un entorno considerado complejo, inherente de riesgos y potencialmente peligroso para los eventos adversos. En este sentido ejercen participación directa e indirecta en el control de la calidad para proporcionar una atención más segura.

Considerando la importancia del proceso de trabajo de enfermería en la mejora del grado de seguridad del paciente en los tres niveles de atención, hemos llevado a cabo el proyecto titulado “Seguridad del paciente y la calidad de la gestión del cuidado en enfermería: evaluación de la estructura, procesos y resultados” de convocatoria nacional del Ministerio de la Ciencia y Tecnología de Brasil, realizado durante tres años (2011-2015). Un proyecto de participación interuniversitaria entre la Universidad Estatal de Ceará (UECE)/Brasil y la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM)/España, con el objetivo principal de evaluar la gestión del cuidado de enfermería en relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente en ámbito hospitalario y uni-

dad básica del SUS. Estamos de acuerdo que conocer qué sucede en otros países es obligado para todos los sectores incluido el sanitario. Las comparaciones internacionales pueden ofrecer un medio excelente para analizar la propia realidad con otra perspectiva, ampliar horizontes y aprender viendo cómo funciona en otros países diferentes combinaciones de recursos, esquemas organizativos y normativas. Por ello existe una amplia literatura de análisis comparado de todo tipo de políticas públicas que es utilizado por gobiernos y oposición para sus respectivas estrategias, siendo las comparaciones también esenciales para la supervivencia de las organizaciones empresariales, como demuestra el peso del benchmarking en los textos de Management (Freire, 2008). En España, la estrategia de seguridad del paciente está siendo desarrollada desde el año 2005 y en el año 2006 fue incluida en el plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) como parte de la política de salud, que “está dirigido a la ciudadanía e impulsa una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades. Apoya al personal sanitario en el fomento de la excelencia clínica y en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico” (MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, 2010).

El Ministerio de Sanidad de Brasil también ha dado un importante paso en la mejora de la calidad asistencial a través de la mejora del grado de seguridad del paciente, donde “considerando que la gestión de riesgo direccionada para la calidad y seguridad del paciente involucran principios y directrices”, en el día 01 de abril de 2013 ha instituido el Programa Nacional de Seguridad del Paciente, como marco dentro de las políticas socio sanitarias en la búsqueda por la excelencia clínica. Todavía, dar énfasis en el trabajo y responsabilidad multidisciplinar “Teniendo en cuenta la importancia del trabajo integrado entre los gestores

del SUS, los Consejos de Profesionales de la Salud e Instituciones de Educación e Investigación sobre la Seguridad del Paciente, con un enfoque multidisciplinario”. (PNSP, 2013 PORTARIA).

Como uno de los frutos de dicho proyecto, publicamos este libro titulado: “Seguridad del paciente en sistemas sanitarios: conceptos teóricos y experiencias exitosas”. Está compuesto de dos partes. La primera parte, consta de cinco capítulos que abordan los conceptos teóricos y metodológicos de la seguridad del paciente en los tres ámbitos sanitarios (Atención Básica, Atención Secundaria y Atención Terciaria) además de las Políticas pedagógicas con eje en la seguridad del paciente, reflejo de los trabajos de máster y doctorado resultantes de la participación de las alumnas de dichos programas en el proyecto. La segunda parte, la hemos denominado de “Experiencias exitosas en seguridad del paciente” como un eje importante en el proceso de aprendizaje. De las experiencias aprendemos utilizar los puntos fuertes que podemos indicar como referencial para aprender de ellos el camino para el logro de la seguridad del paciente, y de las debilidades una vía de no cometer los mismos erros o de evitarlos.

El resultado es un libro que no pretende ser una fórmula mágica para mejorar la seguridad del paciente, porque entendemos que cada sistema sanitario debe tomar como bases directrices y experiencias internacionales para adaptar a su realidad. Pero, esta obra proporciona una base empírica que puede ser utilizada como modelo para el desarrollo de otras investigaciones, que puede servir de guión para priorizar las intervenciones de mejora de la seguridad del paciente y caminar de este modo hacia una asistencia más segura.

Nuestra idea es que esta obra sea mucho más allá de una publicación, sea un fomento para futuros proyectos y un aliento

de que sigamos creyendo que merece la pena invertir en la capacidad humana, en su capacidad de aprendizaje, de mejora y de ser un gran diferencial y potencial para que un sistema de salud sea referencia de calidad y excelencia en su proceso de atención sanitaria.

PARTE I:
SEGURANÇA DO PACIENTE E A DIVERSIDADE
TEÓRICO -METODOLÓGICO

“El fin de la ciencia no es abrir la puerta al saber eterno, sino poner límite al error eterno” (GALILEO GALILEI).

Capítulo 1: Referencial teórico metodológico

Adriana Catarina de Souza Oliveira.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão.

Consuelo Helena Aires de Freitas.

Maria Salete Bessa Jorge.

Thereza Maria Magalhães Moreira.

A problemática da segurança do paciente ou melhor dizendo da falta de segurança no processo assistencial e suas consequências está sendo alvo das pesquisas acadêmicas e científicas.

Dentro da perspectiva de encontrar o ponto de partida (debilidades do sistema) para desenhar estratégias eficazes até o ponto de chegada (fortalezas do sistema) que é a melhora da qualidade da atenção sanitária, muitos foram os estudos realizados para dar respostas a este objetivo. Poderíamos citar inúmeros estudos, mas decidimos tomar os mesmos como referencia para traçar outro caminho. Cada estudo publicado abre novos olhares prismáticos para a abordagem desta problemática.

A segurança do paciente perpassa em todas as suas facetas pela cultura de segurança originaria da cultura organizacional que para Cooper (2002) esta composta por uma tríade: pessoas, organização e processo de trabalho. Traduzido a prática clínica, esta tríade se apresentaria como comportamento humano, processo de trabalho e segurança do paciente.

O eixo do comportamento humano está inserido a comunicação, autonomia do cuidado, vínculo, confiança, trabalho em equipe, liderança, entre outros. No eixo do processo de trabalho podemos encontrar como culturalmente as instituições se organi-

zam para promover uma cultura positiva, como a teoria e prática se encontram, como se organiza o processo assistencial, o acesso e a equidade da atenção sanitária. E no último eixo e talvez o que reflete o grau de qualidade assistencial, está a segurança do paciente e todas suas dimensões.

Desta forma, se observa que a segurança do paciente é complexa e entrelaçada com os princípios de um sistema sanitário (SEGOVIANO, 2005). E para entender esta complexidade a abordagem teórica metodológica não pode estar limitada a um único tipo de estudo ou método de análise. Frente a este desafio, fazia-se necessário o entendimento do contexto em seu conjunto, portanto, os procedimentos metodológicos são complementares e não excludentes (MINAYO, 2012).

Fazendo uma ponte com o processo de avaliação na temática segurança do paciente observa-se a necessidade de refletir sobre os métodos de avaliação.

A avaliação na perspectiva de Donabedian (1986) e a avaliação construtivista, qualitativa na perspectiva de Constandriopoulos (1997).

Destacam-se primeiramente os estudos de avaliação com fundamentação teórica do Modelo de Donabedian que utiliza ferramentas para medir e avaliar o processo assistencial em três esferas: estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1986) tem sido um dos modelos mais aplicados nos estudos quantitativos para medir o grau de segurança nas instituições de saúde. Afirma que não existem dúvidas da relação entre estrutura e processo, que a complexidade que envolve o processo assistencial e as relaciones dependem da grande variedade de fatores que podem influenciar no mesmo (HOPFL, 1994; MART, 2001; CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA, 2002). Também

se considera que *“Uma boa estrutura aumenta as possibilidades de um bom processo assistencial, e que um bom processo assistencial aumenta as possibilidades de um bom resultado na melhora da qualidade assistencial”* (REASON,2002; RAISTON,2005). Nessa abordagem de avaliação, Donabedian (1984) sugere um modelo de avaliação do cuidado em saúde com a utilização de instrumentos quantitativos, denominado normativo derivado da teoria dos sistemas. De nenhuma forma é um processo de inspeção no sentido de punição de erros. “O papel da avaliação no processo de gestão é o de fornecer elementos de conhecimento que subsidiem a tomada de decisão, propiciando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela organização” (TANAKA; TAMAKI, 2012, p.822).

Para Constanadripoulos et al (1997), é necessário definir adequadamente a natureza do objeto a ser avaliado, para seguir com uma atividade científica y tomada de decisão com rigor metodológico: “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”.

A construção e validação de indicadores é uma metodologia amplamente utilizada para avaliar serviços de saúde em prol das boas práticas no contexto sanitário, tanto a nível primário como especialmente, terciário. Organizações e instituições nacionais como a ANVISA e internacionais como a AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) e o NQF (National Quality Forum) vem ao longo dos anos implementando esta metodologia (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2009; AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND

QUALITY, 2007; THE NATIONAL QUALITY FORUM, 2003;2007;2009)

Os indicadores foram definidos como importantes instrumentos de qualidade assistencial:

“Uma expressão utilizada para descrever atividades quantitativas ou qualitativas que contribuem à avaliar estas atividades e também o método utilizado” (BLOCK, 2007).

“Características mensuráveis de todos os aspectos das fases do processo Assistencial, de produtos e serviços, utilizadas para avaliar, melhorar ou monitorizar seu desempenho e progresso e a eficiência da assistência” (BRASIL, 2005).

“Elemento essencial para garantir a qualidade assistencial em todas as suas fases da atenção a saúde” (AHRQ, 2003).

“Variável ou instrumento utilizado para medir, de forma direta o indiretamente, ou situação de saúde, um aspecto sanitário ou grau de melhora. Podem ser estándar a nível internacional ou nacional” (OMS, 2000).

Os indicadores não devem ser interpretados como ferramenta de controle do nosso trabalho. É uma ferramenta para medir nossa assistência e identificar os pontos fortes e as áreas de melhora. É uma ferramenta de apoio, não de punição ou com aspecto negativo (Donabedian A, 1998; PJ Saturno, 2008; SEMICYUC, 2005; JCAHO, 2000; OMS, 2004; AHRQ, 2007). Como eixo teórico também utilizam o Modelo de Donabedian para sua classificação ou divisão, seguindo um rigoroso processo metodológico utilizando métodos qualitativos e quantitativos para sua validação, fazendo uso de Comitê de Expertos, Grupo focal, Entrevista. Grupo nominal, Brainstorming, índice de concordância geral, índice de Kappa e finalmente a etiqueta completa do indicador.

O Diagrama de Pareto é uma excelente ferramenta gráfica para expressar os pontos de melhora de uma instituição ou serviço de saúde, servindo de base para decisão da planificação das estratégias ou ações em prol da melhora da qualidade, compreender a relação das estratégias e os benefícios. Este diagrama foi utilizado por primeira vez na área de economia por Vilfredo Pareto que trabalhou a Lei 20/80 que também foi conhecida como princípio 80-20 onde um 80% das consequências ocorriam por 20% das causas. Na área da qualidade foi implementado por Juran (1950) considerado um importante teórico do gerenciamento da qualidade para priorizar problemas com o objetivo de alcançar resultados com estratégias resolutivas.

A garantia da qualidade é um conceito que perpassa pela possibilidade de medida de aspectos concretos e abstratos. Neste sentido houve um crescente interesse pelos métodos qualitativos, sem nenhum objetivo de comparar métodos, mas especialmente da complementaridade para o conhecimento integral do contexto relacionado ao objeto da pesquisa. Para Perrone (1997), a maior relevância dos estudos qualitativos está centrado na validade interna com muitas especificidades. Um caminho para compreender com mais precisão, uma perspectiva crítico analítica dos sentidos e significados, apreendendo expectativas, percepções, simbolizações, representação social, experiências de vida e contexto sócio sanitário. Abre uma perspectiva social e cultural para analisar os problemas envolvidos entre os participantes e contexto (Serapione,1999;2000), uma abertura de enfoque multidisciplinar em saúde. Um contexto de riqueza de dados que perpassam pela subjetividade e determinantes de saúde e qualidade assistencial.

O estudo crítico analítico revela uma produção de conhecimento profundo destes aspectos. Para Minayo (2012), o método qualitativo permite que o pesquisador adentre neste universo

complexo, ativo e dinâmico. Um estudo das relações, das opiniões, das representações, e percepções da produção interpretativa humana, sobre como percebem um determinado aspecto de sua vida. É possível obter o significado dos acontecimentos vividos pelas pessoas, na realidade social, considerando-as como atores sociais, pois, uma das grandes postulações da pesquisa qualitativa é a sua atenção especial pelos pressupostos que servem de fundamentação à vida das pessoas. (MINAYO, 2014). Assim, os dados produzidos durante a pesquisa são analisados a luz da Análise de Conteúdo Temática, um processo composto por: Pré-Análise; Exploração do Material e Tratamento dos Resultados/Inferência/Interpretação.

A afirmação de Reason (2002): “nenhuma outra organização é tão complexa e inerente de riscos como uma instituição de saúde” manifesta a relevância de unir métodos de estudos para buscar todos os prismas em prol da segurança do paciente tanto na Atenção Primária como terciária. Um caminho com muitas vias na busca pela resolutividade e eficiência como método para alcançar a excelência clínica. Para Hartz (1999), existe uma necessidade de aplicar na prática científica a “pluralidade metodológica” como uma perspectiva ampliada do objetivo de estudo e suas respostas.

Nesta perspectiva, estudos de Avaliação de Serviços e de Programas na área da saúde e educação tem sido foco de atenção pelos órgãos de fomento para a pesquisa, pois a política de educação e saúde do país se encontra a meio em instituir programas elaborados e desejados há duas décadas que ainda não vingaram plenamente, pois mudanças acontecem quando há transformação de pensamentos, atitudes que contagiem um coletivo, estamos falando de uma cultura ética que almejamos disseminar nos vários espaços sociais da nossa sociedade.

Referências

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Guide to Patient Safety Indicators. Version 3.1 (March 2007). Washington: AHRQ; 2003. Cap. 4: Summary Evidence on the Patient Safety Indicators.. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Software/SAS/V31/psi_guide_v31.pdf.

_____. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec.

_____. (2012). Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Corrente Sanguínea: Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde. Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos – UIPEA. Setembro de 2009. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7638ae0049e9c026b96bbf6dcbd9c63c/manual_corrente_sanguinea.pdf?MOD=AJPERES.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. La enfermería importa – Seguridad de los pacientes. Comunicado de prensa (29/04/2002). Los profesionales de salud piden prioridad para la seguridad del paciente. Consejo internacional de enfermera; Disponible en: <http://www.icn.ch>

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. & PINEAULT, R., 1997. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

DONABEDIAN A. (1986). Quality assurance in our health care system. *Am Coll Util Rev Physi.* 1(1): 6-12.

DONABEDIAN A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor (Mich): Health Administration Press.* vol. 1.

DONABEDIAN A. (1985). Twenty years of research on the quality of medical care. 1964-1984. *Eval Health Prof.* 8(1): 243-65.

GASTAL FL. (2006). Introdução a indicadores de desempenho: treinamento por EaD. Brasília: ONA.

HARTZ ZM (1999), “Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico--metodológicas e políticas institucionais”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 341-353.

HOGG, W. et al. (2007). Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *International Journal for Quality in Health Care*. 20(5):308-13.

HOPFL H. (1994). Safety Culture, corporate culture: organisational transformation and the commitment to safety. *Disaster prevention and management*. Vol 3; 49 – 58.

JURAN, Joseph M, Gryna, Frank M. (eds). (1988). *Juran's Quality Control Handbook*. New York, NY, EUA. McGraw. Hill. 1536 P.

MART SG. NASA. (2001). Ames Reseacher Center. Moffet Field, CA. Human Factors and Aviation Security. 2001. Disponível em: [http://www2.apa.org\(ppo\)SGHSecurityslides.ppt+300,6,SafeyvsSecurity:The Security” net” isvulnerablebecauseitlacksredundancy2001](http://www2.apa.org(ppo)SGHSecurityslides.ppt+300,6,SafeyvsSecurity:TheSecurity%20net%20isvulnerablebecauseitlacksredundancy2001).

MINAYO, M.C.S. (2010). O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S. Prefácio: Sobre o Humanismo e a Humanização. In.: DESLANDES, S.F. *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-30, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. (2007). Soluciones para la seguridad del paciente. Solución nº3: Comunicación durante el traspaso de pacientes. Disponível em: <http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSpanish.pdf>

PERRONE L. (1977). *Metodi Quantitativi della Ricerca Sociale*. Feltrinelli, Milão.

RAISTON JD, LARSON EB. (2005). Crossing to safety transforming healthcare organization for patient safety. *J Postgrad Med*. 51: 61 – 67. Disponível em: <http://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/6800/jp05022.pdf>

REASON J. Human error: models and management. *BMJ*; 2002, 320: 769 – 770.

SERAPIONI, M (1999), “Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais”, *Saúde em Debate*, 53, 81-92.

SERAPIONI, M (2000), “Métodos qualitativos e quantitativos: algumas estratégias para a integração”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 187-192.

DOI : 10.1590/S1413-81232000000100016

SATURNO PJ ET AL.(2008) Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo.

SEGOVIANO MR. (2005). Siete Pasos Reino Unido. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.2005. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/PlanCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_SP5.pdf

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS (SEMICYUC). (2005). Indicadores de calidad en el enfermo crítico.. ISBN: 609-5974-0. Primera edición.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.4, p.821-828.

THE JOINT COMMISSION. Sentinelevent. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx>

THE NATIONAL QUALITY FORUM. (2007). Safe Practices for better healthcare 2006 UPDATE. Washington: The Nacional Quality Forum, 2007.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. (2003). Safe Practices for better healthcare, a consensus report. Washington: The Nacional Quality Forum, 2003.

THE NATIONAL QUALITY FORUM. (2009). Safe Practices for better healthcare, a consensus Comité. Washington: The Nacional Quality Forum, 2009.

WALTON, Mary. (1986). The Deming Management Method. New York, NY EUA; Putnam. 262 p.

Capítulo 2: Segurança do paciente na rede de Atenção Terciária: desafios e cuidado

Natália Pimentel Gomes Souza.
Ana Livia Araújo Girão.
Glória Yanne Martins de Oliveira.
Consueleo Helena Aires Freitas,
Adriana Catarina Souza Oliveira.
Maria Salete Bessa Jorge

A segurança do paciente é uma dimensão concreta da qualidade que permite identificar problemas, monitorizando e padronizando condutas para melhora contínua da qualidade (SATURNO, 2008). Segundo a National Patient Safety Agency (NPSA), a segurança do paciente deve ser parte da estratégia, missão, visão, objetivos, indicadores, projetos e forma de trabalhar em uma organização (SEGOVIANO, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1993 definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde (MILLENSON, 2008).

O Brasil faz parte dos países integrantes da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que apresenta como propósito principal instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, sendo esta um elemento determinante para assegurar a redução e o controle dos riscos a que o paciente está submetido (BRASIL, 2013).

Com base no exposto e tendo como foco a realização de uma assistência segura e de qualidade, realizou-se este estudo com o objetivo de Investigar a sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta na produção do cuidado clínico e segurança ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva.

No contexto das tecnologias da enfermagem, o Processo de Enfermagem é denominado de Sistematização da Assistência de Enfermagem, Metodologia da Assistência de Enfermagem e/ou Processo de Cuidar (CARRARO TE, KLETEMBERG DE, GONÇALVES LM, 2003). Constitui-se de metodologia de trabalho que oferece diretrizes para o desenvolvimento da assistência de enfermagem com base no método científico para o Cuidado, que possibilita um fazer direcionado por ações científicas executáveis na prática, não como um fim em si mesmo ou sinônimo de que sua mera aplicação promoverá a qualidade da assistência (CROSSETTI MGO, RODEGHERI M, D'ÁVILA ML, DIAS VLM, 2002; SIVIERO IMPS, TOLEDO VP, FRANCO DAS, 2002). Como tecnologia na enfermagem e subsidiado pela lógica do SUS, torna-se possível desenvolver o Cuidado com segurança para a qualidade da assistência de enfermagem.

A pesquisa caracterizou-se como uma investigação descritiva de caráter quantitativo e qualitativo e foi desenvolvida em dois momentos complementares. No primeiro momento, utilizou-se a abordagem quantitativa, buscando-se no campo empírico tendências observáveis. No segundo momento, a metodologia qualitativa foi utilizada na apreensão de opiniões, atitudes, hábitos, valores e crenças, enfim os dados não mensuráveis que constituem o pensar e agir dos participantes da pesquisa, podendo-se assim caracterizar como sendo uma pesquisa com triangulação de métodos, em que são de naturezas diferentes, mas que se complementam na presente investigação.

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva, composta por 32 leitos, localizada em um hospital estadual de referência de múltiplas especialidades, pertencente à Secretaria Executiva Regional (SER) II da cidade de Fortaleza – CE.

Participaram da pesquisa enfermeiros que prestam assistência ao paciente em UTI na unidade do estudo. A Unidade possui 59 enfermeiros, sendo esta a população do estudo. A natureza qualitativa do estudo foi desenvolvida por meio da entrevista semiestruturada realizada com os enfermeiros e da observação sistemática de forma complementar. Para atender a natureza quantitativa do estudo, realizou-se uma análise dos prontuários de pacientes tomando por base um formulário de investigação previamente elaborado, a fim de coletar informações quanto ao preenchimento do protocolo das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem na unidade. A amostragem dos prontuários ocorreu por conveniência de forma transversal em que foram investigados 47 prontuários durante o período da coleta.

A análise dos dados qualitativos foi respaldada pela Análise Categral Temática de Bardin (2011). A análise de conteúdo pode ser quantitativa e qualitativa. Existe uma diferença entre essas duas abordagens: na abordagem quantitativa se traça uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto. Na abordagem qualitativa se considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem (BARDIN, 1979). Em seguida procedeu-se a interpretação à luz da literatura pertinente a SAE e o Processo de Enfermagem de forma contextualizada, e acerca da qualidade e segurança na assistência a saúde na perspectiva do cuidado integral a saúde.

Para a entrada no campo, foram seguidas as medidas necessárias e recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde que rege as normas para a pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). Assim, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética da instituição hospitalar, para apreciação e autorização formal, sendo aprovado com o número de protocolo 19386213.2.0000.5040.

Assistência de enfermagem como foco para segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva

A unidade de terapia intensiva (UTI) se caracteriza como uma unidade de assistência ao paciente criticamente enfermo e que necessita de cuidados específicos por parte de uma equipe interdisciplinar. A enfermagem tem um papel relevante no contexto dessa equipe, considerando a sua característica peculiar, da presença ininterrupta no ambiente da UTI e serem, os profissionais de enfermagem, os que empreendem a maior parcela dos cuidados ao paciente (TRUPPEL *et al*, 2009).

Para os profissionais de enfermagem a segurança do paciente não é um fenômeno novo. Constitui a própria essência do trabalho que transparece em fazeres e atitudes comuns do cotidiano, como a lavagem das mãos, as orientações aos pacientes e familiares, o processo de educação continuada junto à equipe de enfermagem, a adequada iluminação e ventilação do ambiente físico, entre outras medidas, que sequer são percebidas como medidas proativas de segurança para o paciente, tanto na esfera física quanto na emocional (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

A busca por segurança e qualidade na assistência ao paciente grave deve ser assumida como um compromisso ético dos

profissionais da área de saúde, que participam direta ou indiretamente da assistência na UTI.

Levando a dimensão da segurança para o contexto da enfermagem, pode-se inferir que, por meio de estratégias que coloquem a segurança do paciente em primeiro plano, o enfermeiro está trabalhando para atingir a excelência de seu processo de trabalho.

Destaca-se o potencial que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem para organizar, sistematizar e orientar o trabalho da equipe de enfermagem. Se para atingir a qualidade nos serviços de saúde é preciso passar pela dimensão da segurança, e pensando que não conseguimos promover segurança sem um processo de trabalho bem estruturado nas necessidades do paciente, tem-se a SAE como uma importante ferramenta para alcançar essa tão importante dimensão da qualidade como mostra a figura abaixo:

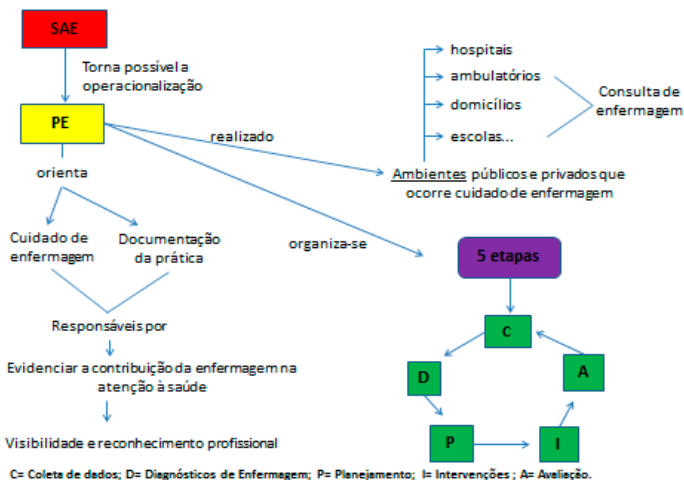


Figura 1 - Relação entre SAE, PE e suas etapas.

Se relacionarmos com a qualidade da assistência em saúde, podemos perceber que a SAE se configura em ferramenta que potencializa as ações da equipe de enfermagem, contribuindo para um cuidado seguro.

Segundo a Resolução COFEN-358 de 2009, o Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Assim sendo, sistematizar o cuidado implica o emprego de um método de trabalho pautado num modelo teórico-científico, que visa solidificar a enfermagem enquanto profissão. Tal prática visa possibilitar a visibilidade da profissão diante das ações desempenhadas pelo enfermeiro e sua equipe, direcionando-o ao desenvolvimento do conhecimento e permitindo caracterizar a enfermagem como disciplina e ciência, com conhecimento próprio e específico (TRUPPEL *et al*, 2009).

O processo de enfermagem (PE) objetiva organizar o cuidado profissional de enfermagem na perspectiva de um processo complexo, sendo definido como o trabalho da equipe de enfermagem visando à satisfação das necessidades de saúde da pessoa, família ou comunidade, implicando o reconhecimento de uma situação e conseqüentemente na geração de um planejamento, intervenção e avaliação de resultados (SILVA *et al*, 2012).

Para que se possa desenvolver o PE na prática, é necessário empreender a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual é definida como a organização do cuidado profissional da enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo a viabilizar a realização deste, buscando pôr em

prática as etapas inter-relacionadas do PE pautado num método científico, direcionado ao sujeito desse cuidado a pessoa, família ou comunidade, visando melhorar sua qualidade de vida ou lhes proporcionar uma morte com dignidade quando a cura ou a recuperação não for mais possível e a vida estabelecer os seus limites (LEOPARDI, 2006).

Com o desenvolvimento da ciência, muitos conhecimentos foram produzidos pela Enfermagem, como o processo de enfermagem, que pode ser descrito como um instrumento utilizado para as ações do cuidado. É através dele que o enfermeiro percebe os problemas de saúde, planeja, implementa as ações e avalia os resultados.

A implementação da SAE proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem (TRUPPEL et al, 2009), oportuniza avanços na qualidade da assistência, o que impulsiona sua adoção nas instituições que prestam assistência à saúde.

Para avançar nesse sentido destaca-se a SAE como ferramenta fundamental no processo de permanência ativa do profissional enfermeiro no atendimento de qualidade por ser uma metodologia que possibilita a organização do cuidado de enfermagem, de forma sistemática e dinâmica, visando atender as reais necessidades de cuidado em saúde apresentadas pela pessoa, família ou comunidade.

A aplicação dos princípios de cada uma das cinco etapas do PE visa organizar e priorizar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, baseado nos princípios da integralidade, de modo a manter o foco nos resultados que se pretende alcançar. Espera-se que, ao aplicar esses princípios de maneira organizada, o enfer-

meio desenvolva habilidades e competências para sistematizar e estabelecer prioridades acerca do cuidado, mantendo o foco deste sobre o estado de saúde da pessoa e sua qualidade de vida a partir do raciocínio clínico (PIMPÃO *et al*, 2010).

Tendo em vista a utilização da SAE como uma ferramenta para uma atenção segura, contribuindo para a produção de um PE de excelência, optou-se por trabalhar levando em consideração os estudos sobre qualidade da atenção à saúde realizados por Avedis Donabedian, visto que, mesmo sendo suas publicações antigas, este autor ainda é referência mundial para inúmeros estudos realizados envolvendo a qualidade da atenção à saúde e depois dele ainda não se tem conhecimento de outro que tenha se aprofundado sistematicamente no assunto e proposto inovações.

Mesmo os escritos de Donabedian tendo sido realizados com base na atenção médica, eles são perfeitamente aplicáveis à atenção à saúde como um todo e a de enfermagem. Já em 1966, ele falava dos registros da história clínica do paciente como sendo instrumentos úteis para a avaliação da qualidade da assistência e sugeria verificar as anotações de enfermagem, comparando-as com os registros médicos, no sentido de obter informações mais fidedignas sobre os fatos, avaliando também, coerência entre a história clínica e a assistência prestada (DONABEDIAN, 2001a).

Essa afirmativa denota a grande importância que os registros de enfermagem, gerados pela aplicação da SAE, exercem na comunicação não só entre a equipe de enfermagem, mas também entre a equipe multiprofissional, promovendo uma continuidade dos cuidados oferecidos. Dessa forma, os enfermeiros devem entender o impacto que a documentação de seus achados e de suas ações gera na obtenção de uma atenção segura.

Donabedian (1980), ao falar de qualidade, absorveu da teoria dos sistemas a noção de indicadores de **Estrutura, Processo e Resultado** adaptando-os ao atendimento hospitalar e gerando uma abordagem que se tornou um clássico nos estudos de qualidade em saúde.

Para o autor, o componente **Estrutura** corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais (DONABEDIAN, 1980).

A SAE constitui-se de tecnologia que abrange as dimensões para o cuidado à saúde, assim sendo é o componente da estrutura do cuidado desenvolvido na perspectiva do SUS.

O componente **Processo** corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados (DONABEDIAN, 1980).

Podemos dizer que a aplicação pura dos cuidados de enfermagem e a maneira como o plano é pensado faz parte do componente Processo. E já que a assistência prestada deve ser pautada em padrões técnico-científicos, como bem explicita Donabedian, é coerente que o enfermeiro fundamente sua prática no método peculiar a sua profissão, ou seja, na SAE.

O componente **Resultados** corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profis-

sional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (DONABEDIAN, 1980).

Os resultados da atenção são, basicamente, “aquelas mudanças, favoráveis ou não, no estado de saúde atual ou potencial das pessoas, grupos ou comunidades que podem ser atribuídos à atenção sanitária prévia ou atual”. Uma visão mais ampla inclui as mudanças nos conhecimentos relacionados com a saúde, as atitudes de comportamento do paciente e satisfação dos pacientes. A essa última é dada grande importância porque, além de ser o julgamento de pacientes sobre a qualidade da assistência recebida, é uma influência direta sobre os resultados propriamente ditos (DONABEDIAN, 1986, 2001b).

O estado de saúde em si, que deve ser parâmetro para avaliar os resultados, pode ser considerado, desde uma perspectiva limitada, como a função física e fisiológica, ou desde uma perspectiva mais ampla que inclui também as funções psicológicas e de desempenho social. É importante nos resultados, não só o aumento do tempo de vida do paciente e sim a qualidade dessa vida (DONABEDIAN, 2001b).

Mesmo fazendo a distinção entre os três pilares da qualidade, o autor defende a ideia de que o processo assistencial é um contínuo que é formado por estrutura, processo e resultados. A análise desses pilares não significa uma separação entre meio e fim e sim uma “cadeia ininterrupta de meios antecedentes, seguida de fins intermediários que, por sua vez, são meios para outros fins” (DONABEDIAN, 2001a).

Sendo assim, as barreiras estruturais interferem diretamente na qualidade do processo produzido, que resulta, muitas vezes, em resultados desfavoráveis. No Brasil, ainda existem muitas limitações estruturais para a execução da SAE, dentre elas os enfermeiros apontam a falta de tempo; o número reduzido de profissionais devido ao inadequado dimensionamento do pessoal de enfermagem provocando uma sobrecarga e acúmulo de atividades; a falta de informatização; a pouca experiência e a falta de conhecimento teórico dos profissionais quanto à operacionalização do PE e das clínicas humanas e biológicas e de semiologia; a resistência e a desmotivação de alguns profissionais (TAKAHASHI *et all*, 2008; BARRA; SASSO; MONTICELLI, 2009; LUIZ *et all*, 2010).

Assim, se deve considerar que o cuidado profissional de Enfermagem não é um fenômeno natural, e sim resultante de um empreendimento humano, ou seja, é um instrumental tecnológico desenvolvido ao longo da formação profissional e aperfeiçoado em atividades de educação permanente, que resultem numa prática reflexiva e crítica dos profissionais da enfermagem (MALUCELLI *et al*, 2010).

A Educação Permanente em Saúde apresenta-se de forma mais satisfatória à proposta de facilitação do processo de trabalho e qualidade da assistência a ser oferecida, por embasar suas intervenções com base na realidade vivida pelos profissionais, o diálogo e a criticidade.

Foi proposta pelo Ministério da Saúde em 2004, sendo destinada a construir um novo estilo de administração em que os pactos para reorganizar o trabalho na gestão, na atenção e no controle social fossem construídos coletivamente a partir do diálogo e da reflexão sobre a prática (GUIMARÃES *et al*, 2010).

Ela funciona como uma ferramenta valiosa para o diagnóstico das necessidades, permite explorar as necessidades a partir do ponto de vista dos trabalhadores em função dos problemas de sua prática diária. Orienta-se pela análise crítica da realidade por meio da problematização das vivências dos profissionais e visa a capacitação de todos os profissionais de um mesmo serviço, sendo uma tarefa permanente e com participação multidisciplinar. (GUIMARÃES et al, 2010).

A Educação Permanente em Saúde quando adotada nos serviços de saúde proporciona conhecimento, crescimento, atualização e aperfeiçoamento profissional, fazendo com que os sujeitos-trabalhadores da saúde se percebam como cidadãos e possam assumir maior controle sobre seu processo de trabalho. Também, associados aos preceitos teóricos, busca integrar prática e teoria no processo educativo, criando um movimento dinâmico de fazer e refazer-se. Essas contribuições repercutem na melhoria das competências organizacionais e dos serviços e oferecem uma melhor satisfação dos usuários do serviço (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008).

Para os profissionais que desenvolvem o sistema, a referida participação aumenta a chance de se ter um produto de qualidade, com conseqüente satisfação do usuário do sistema (MALUCELLI et al, 2010). Seja com capacitações, treinamentos, sistemas de informação, o que importa é que viva dentro dos enfermeiros essa vontade de seguir em direção ao sucesso e reconhecimento da profissão e que essa vontade transcenda o corpo e se faça presente em ações que busquem a qualidade da assistência prestada e a segurança do paciente.

Referências

SATURNO, P.J. (2008). Cómo definimos calidad. Opciones y características de los diversos enfoques y su importância para los programas de gestión de la calidad. Manual del Master em gestión de la calidad em los servicios de salud. Módulo 1: CONCEPTOS BÁSICOS, p 15.

SEGOVIANO, M.R. (2005). Siete Pasos Reino Unido. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. Disponível em: <<http://www.msc.es/organizacion/sns> INSTITUTE OF MEDICINE. To err is Human: Building a safer Health System. Washington, D.C.: Nacional Academia Press, 1999.

MILLENSON, M.L. (2008). Pushing the profesion: how the News media turned patient safety into a priority. Qual Saf Health Care, v. 11, p. 57-63.

BRASIL. (2013). Segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde, 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>. Acesso em: 16 ago. de 2013.

CARRARO, T.E.; KLETEMBERG, D.F.; GONÇALVES, L.M. (2003). O ensino da metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. Rev Bras Enferm., v. 56, n.5, p. 499-501.
[PlanCalidadSNS/pdf/excelência/opsc_SP5.pdf](#)> Acesso em: 16/ 08/ 2012.

CROSSETTI, M.G.O.; RODEGHERI, M.; D'ÁVILA, M.L.; DIAS, V.L.M. (2002). O uso do computador como ferramenta para implementação do processo de enfermagem. Rev Bras Enferm., v.55, n.6, p. 705-8.

SIVIERO, I.M.P.S.; TOLEDO, V.P.; FRANCO, D.A.S. (2002). A motivação do aluno de graduação em enfermagem quanto à implantação do diagnóstico de enfermagem em sua futura prática profissional. Rev Enferm UERJ. 10(2):90-3.

BARDIN, L. (1979). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

BARDIN, L. (2011). *Análise de conteúdo*.; tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70.

BRASIL. (2013). Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013.

TRUPPEL, T.C.; MEIER, M.J.; CALIXTO, R.C.; PERUZZO, A.S. (2009). Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm.* v. 62, p.221- 7.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 358, de 15 outubro 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília: COFEN; 2009.

SILVA, R.S.; PEREIRA, A.; RIBEIRO, A.G.; MARINHO, C.M.S; CARVALHO, I.S.;

RIBEIRO, R. (2012). Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*, v. 20, n. 2, p. 267-73.

LEOPARDI, M.T. (2006). *Teoria e método em assistência de enfermagem*. 2a ed. Florianópolis (SC): Soldsosof.

PIMPÃO, F.D.; LUNARDI FILHO, W.D.; VAGHETTI, H.H.; LUNARDI, V.L. (2010). Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev enferm UERJ*, v. 18, p. 405-10.

DONABEDIAN, A. (2001). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Rev Calidad Asistencial*, v.16, p. 11-27, 2001a.

DONABEDIAN, A. (1980). Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Health Administration Press, p. 77-125.

DONABEDIAN, A. (1986). Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? *Milbank Mem Fund Quart*, v.44, p. 167-70.

DONABEDIAN, A. La Calidad de la Atención Médica. *Rev Calidad Asistencial*, v.16, p. 529-538, 2001b.

TAKAHASHI, A.A.; BARROS, A.L.B.L.; MICHEL, J.L.M.; SOUZA, M.F. (2008). Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta paul. enferm.*, v. 21, n. 1, p. 32-8.

BARRA, D.C.C.; SASSO, G.T.M.D.; MONTICELLI, M. (2009). Processo de enfermagem informatizado em unidade de terapia intensiva: uma prática educativa para enfermeiros. *Rev. eletrônica enferm*, v.11, n. 3, p. 579-89.

LUIZ, F.F.; PADOIN, S.M.M.; NEVES, E.T.; RIBEIRO, A.C.; TRONCO, C.S. A. (2010). Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. *Rev. Eletr. Enf.*, n.12, v. 4, p. 655-9.

MALUCELLI, A.; OTEMAIER, K.R.; BONNET, M.; CUBAS, M.R.; GARCIA, T.R. (2010). Sistema de informação para apoio à sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, v. 63, n. 4, p.629-36.

GUIMARÃES, E.M.P; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. (2010). Educação permanente em saúde: Reflexões e desafios. *Ciencia y Enfermeria*, v.16, n.2. p. 25-33.

SILVA, M.F.; CONCEIÇÃO, F.A.; LEITE, M.M.J.. (2008). Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *O Mundo da Saúde São Paulo*, v.32, n.1, p.47-55.

Capítulo 3: Segurança do paciente na Rede de Atenção Primária: modelo teórico.

Fabiane da Silva Severino Lima.
Adriana Catarina de Souza Oliveira.
Consuelo Helena Aires de Freitas.
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão.
Maria Salete Bessa Jorge.

O tema da qualidade é um fenômeno relativamente recente no contexto dos serviços de saúde e vem ganhando cada vez mais repercussão no âmbito das discussões internacionais e nacionais. Inserido nesse tema, encontra-se a vertente da segurança do paciente, que se configura como um dos componentes fundamentais para o alcance da qualidade dos cuidados em saúde (BRASIL, 2002; PAESSE; SASSO, 2013).

Compreende-se que a qualidade dos serviços de saúde é um elemento determinante para assegurar a redução e o controle dos riscos a que o paciente possa estar submetido no contexto da atenção à saúde, nos diferentes níveis de atenção (ANVISA, 2014). Com isso, a segurança apresenta-se como uma dimensão da qualidade dos serviços de saúde, podendo ser entendida como ausência de lesões devido à assistência à saúde que supostamente deverá ser benéfica (GAMA; SATURNO, 2013).

Além disso, expressa-se aqui que a segurança é um fenômeno singular, que depende da percepção do indivíduo que está sendo assistido (SMYTHE, 2010), podendo estar relacionada à efetividade e eficiência das ações, à garantia do acesso, à necessidade de atenção centrada no paciente, e à equidade dos serviços (GAMA; SATURNO, 2013, p.33).

Com isso, compreende-se que a dimensão de segurança está relacionada não somente ao conceito de dano físico, pois danos a outras dimensões humanas, como psicológicas e sociais, também podem estar relacionadas à dimensão de segurança do cuidado em saúde.

No Brasil, a segurança, tratada como ‘segurança do paciente’ vem aos poucos sendo inserida no âmbito dos serviços de saúde. Um marco importante na atenção à saúde no país foi a instituição recente do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 2013, com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde (ANVISA, 2013; BRASIL 2013).

O Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde em 2004 e que foi criada com o objetivo de dedicar atenção ao problema de segurança do paciente num contexto internacional, com o principal propósito de instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde (ANVISA, 2014).

Recentemente, no ano de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo de prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde, contribuindo para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (ANVISA, 2013; BRASIL 2013).

A segurança do paciente/usuário possui diversas definições. Contudo, para o presente estudo, adota-se a definição da OMS, que foi ratificada pelo Ministério da Saúde, na implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), ao empregar que “a segurança do paciente corresponde à redução

do mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde” (BRASIL, 2013).

Compreende-se, desse modo, que o conceito de segurança adotado atualmente traz forte relação com a redução e controle dos riscos de danos que o usuário pode estar submetido em seu contexto de cuidado nos serviços de saúde, podendo ser advindos de questões físicas, sociais ou psicológicas. É em cima desse contexto que este estudo está se apoiando, ao entender que condições sociais e psicológicas também podem repercutir na segurança do paciente.

Sabe-se que, até recentemente, os erros, riscos e eventos adversos eram considerados inevitáveis nos ambientes dos serviços de saúde, apesar da afirmação de Hipócrates, há mais de dois mil anos, “*primeiro, não cause dano*”. Entretanto, adota-se atualmente a proposta de repensar os processos assistenciais como forma de intervir e minimizar as falhas antes que causem danos aos pacientes na atenção à saúde (ANVISA, 2013), pois a compreensão atual identifica que é possível sim implementar estratégias para prevenir ou minimizar a ocorrência do erro.

A OMS estima que diferentes danos à saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos em diversos países. Por isso, adotou como princípio fundamental dos sistemas de saúde a necessidade de se promover a segurança do paciente (ANVISA, 2013; SATURNO, 2008), por meio de estratégias de antecipação à ocorrência dos eventos, para minimizar os danos potenciais aos usuários do serviço.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) defende algumas medidas simples e efetivas de segurança do paciente/ usuário, para prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, tais como: “mecanismos de dupla identificação do paciente; melhoria

da comunicação entre profissionais de saúde; uso e administração segura de medicamentos; realização de cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higiene das mãos para a prevenção de infecções e prevenção de quedas e úlceras por pressão” (ANVISA, 2013), que fazem parte das condições estruturais e processuais dos serviços de saúde. No entanto, ainda prioriza as dimensões técnicas da segurança do usuário.

Essas medidas propostas pela Anvisa fazem referência às seis áreas de atuação, ou seis metas internacionais de segurança, que foram identificadas pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente, em 2005, que são elas: 1) Identificar os pacientes corretamente; 2) Melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; 3) Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância (*high-alert medications*); 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, estando a higiene das mãos como a medida preventiva primária; e 6) Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas (OMS, 2009).

Essas áreas de atuação estão sendo largamente estudadas e, aos poucos, sendo empregadas, principalmente, no âmbito do serviço hospitalar. A literatura sobre o tema vem apresentando que a abordagem sobre segurança está frequentemente mais relacionada à assistência hospitalar, apesar de a maioria dos pacientes/usuários receberem seus cuidados de saúde na atenção primária, especialmente em países com um sistema de atenção primária forte e atuante (PAESSE; SASSO, 2013).

A abordagem na atenção primária é algo bastante recente e encontra-se com uma tendência de expansão (SATURNO, 2008).

Em 2006, a Agência Nacional de Segurança do Paciente (*National Patient Safety Agency* – NPSA) publicou os 07 (sete) passos para a segurança do paciente na atenção primária. Contudo, vale salientar, que como é uma agência do Reino Unido, o entendimento sobre atenção primária diverge consideravelmente da realidade brasileira.

Os sete passos propostos visam estabelecer um guia de boas práticas, para que as organizações e equipes de saúde possam trabalhar de forma a promover a segurança dos pacientes. Conforme a NPSA, os sete passos são: 1) Desenvolver uma cultura de segurança; 2) Liderar e apoiar a equipe nas ações sobre segurança; 3) Integrar as ações com enfoque na gestão dos riscos; 4) Promover a notificação dos eventos; 5) Envolver, comunicar e discutir abertamente com os pacientes e o público; 6) Aprender e compartilhar as lições de segurança, incentivando a equipe a utilizar a análise de causa-raiz a fim de saber como e porque os incidentes acontecem; e 7) Implantar estratégias para a prevenção dos danos (NPSA, 2006).

Em 2008, o Ministério da Saúde da Espanha lançou um estudo sobre a segurança do paciente na atenção primária, denominado *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud* - APEAS, que pretendia aproximar a realidade da segurança no âmbito dessa atenção, através da obtenção de indícios de eventos adversos (SATURNO, 2008; TEJEDOR FERNANDEZ, 2011). Em março de 2009, foi desenvolvido um questionário de avaliação da cultura de segurança na atenção primária, como forma de facilitar o trabalho em equipe, a discussão aberta dos erros e a crença no clima de aprendizagem busca, para a busca pela melhoria contínua (ESPAÑA, 2011).

No contexto do Brasil, até agora, as publicações identificadas somente trabalham no âmbito do conceito de cultura de segurança na atenção primária, que se relacionam a valores, experiências, atitudes e práticas que orientam o comportamento de um grupo (PAESE; SASSO, 2013), o que não faz parte da realidade do presente estudo.

Para a realização do presente estudo, procurou-se desenvolver uma pesquisa social em saúde, com o objetivo de compreender a concepção de segurança do usuário do serviço de atenção primária acerca da produção do cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família.

A Saúde da Família configura-se como estratégia de atenção à saúde que nasce com o objetivo de buscar a melhoria da qualidade dos serviços de atenção primária, no cuidado ao indivíduo e família, por meio da incorporação de uma assistência integral e resolutiva, buscando satisfazer as necessidades de saúde dos cidadãos, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1997; 2005).

Sabe-se que, conforme legislações nacionais específicas, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, mediante a implementação de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 1988; 1990). Contudo, o sucateamento progressivo do sistema público, tanto em termos estruturais como em relação aos recursos humanos existentes, assim como a centralização de serviços nas áreas de grande concentração populacional, vem fazendo com que haja, cada vez mais, uma maior disparidade entre o SUS da prática e o SUS de direito (ELIAS, 2004).

Starfield (2004, p. 09; p. 12) recomenda que para uma maior efetividade e equidade dos serviços de saúde, é preciso se investir na atenção primária do país. Com isso, passa-se a discutir sobre a importância da implantação de uma atenção primária forte e de qualidade na tentativa de equilibrar os custos com os serviços de saúde e sua real resolutividade e efetividade, ao entender que “Uma atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte”.

Inserido nessa perspectiva de melhoria da qualidade, o Governo Federal implantou no país, a partir da década de 1990, a Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente intitulada como Programa Saúde da Família (PSF), com o propósito de reorganização do modelo de atenção à saúde, por meio da ampliação do acesso e da qualificação das ações da atenção básica, tendo como base a reorientação das práticas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2000, 2001a; 2012a; DALMASO; NEMES FILHO, 2001).

O enfermeiro atua como um dos integrantes da equipe de profissionais da ESF, ao lado de médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais que podem estar associados (BRASIL, 2012a).

Nesse contexto, o enfermeiro possui elementos inerentes à sua atuação profissional que o possibilitam contribuir de forma consistente para a construção de um trabalho seguro no âmbito da atenção primária.

O usuário do serviço de saúde tem o direito de receber uma assistência à saúde de qualidade, com a garantia de serviços efetivos, eficientes, seguros e que lhe permita estar satisfeito com

todo o processo de cuidado em saúde (MONTSERRAT-CAPELLA; CHO; LIMA, 2013, p. 13).

No contexto nacional, a participação do usuário e da comunidade marcou o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo protagonista dos movimentos de Reforma Sanitária Brasileira, em busca da construção de uma nova política de saúde, pautada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde, permitindo à centralidade das ações no cuidado ao usuário e comunidade.

Nesse sentido, a percepção dos usuários sobre a prática do cuidado do enfermeiro na ESF é de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência do seu fazer.

Até mesmo a Aliança Mundial de Saúde emprega a importância de se envolver o paciente na segurança do seu próprio cuidado, como forma de fortalecê-los a expressar suas experiências pessoais e defender a mudança em seu contexto local (WHO, 2008a).

Nesse sentido, a fim de atender ao objetivo do presente estudo, procurou-se desenvolver uma pesquisa qualitativa, com uma perspectiva crítico-analítica, por entendê-la como profícua ao estudo de investigação da concepção do usuário, entendendo-o como ser humano em sociedade, com suas relações, história de vida e sua produção simbólica acerca de suas experiências, enquanto potencial participante do processo de cuidado do enfermeiro na atenção básica.

A pesquisa faz parte de um estudo dissertativo intitulado “A produção do cuidado do enfermeiro e a satisfação do usuário na Estratégia Saúde da Família: enfoque na segurança e qualidade.”, cujo cenário de coleta de campo foi a cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, mas precisamente as unidades de

Atenção Primária à Saúde da Regional IV (SER IV).

Nesse contato, verificou-se que todas as unidades básicas de saúde, possuíam equipes da Estratégia Saúde da Família. No total, são 12 (doze) unidades de saúde, abrangendo 39 (trinta e nove) equipes de Saúde da Família, tendo cada equipe a presença de um enfermeiro. As unidades apresentavam uma média de três equipes de Saúde da Família, sendo cada uma composta por um enfermeiro.

Para atender aos objetivos da pesquisa, procurou-se ouvir os usuários das unidades de saúde, selecionados a partir dos critérios de inclusão: ser adulto, homens e/ou mulheres, com faixa etária entre 19 a 59 anos (BRASIL, 2013b). A escolha dessa faixa se justifica pelo fato da participação da pesquisadora no Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Família, da Universidade Estadual do Ceará.

A escolha das unidades para realização dos grupos focais ocorreu devido à aceitação pela coordenação; além da disponibilização de espaço físico para realização dos grupos. Foram excluídas as unidades que se localizavam em áreas de difícil acesso para a pesquisadora, além de serem consideradas de risco de violência.

O projeto que deu origem a essa pesquisa foi enviado à Plataforma Brasil no mês de março/2013, que o direcionou para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com nº 387.139.

A coleta foi iniciada em meados do mês de outubro/2013 e finalizada no mês de novembro/2013. Nesse período, foram inicialmente selecionadas as unidades, conforme critérios de inclusão e exclusão previamente mencionados.

Inicialmente, foi utilizado um formulário, para caracterização dos usuários, em relação aos quesitos de idade, naturalidade, estado civil, renda pessoal, renda familiar, atividade laboral, tempo de usuária da unidade e motivo de ida à unidade.

Após emprego desse formulário, foram iniciados os grupos focais, realizados com base os pressupostos de Minayo (2010). No total, participaram 48 usuários, distribuídos em seis sessões de grupo focais, sendo uma em cada unidade selecionada. Os grupos foram realizados com uma média de 40 minutos/cada, sendo realizado por um animador/moderador e um relator.

Entre os usuários, identificou-se que 90,7% dos usuários eram do sexo feminino; possuíam uma média de 45,2 anos de idade, tendo sido investigados os usuários com idade entre 22 a 59 anos; e 42% eram casados. Em relação à prática laboral, 51% não trabalhavam. Aqueles que tinham alguma renda (trabalho, pensão ou aposentadoria) possuíam uma renda pessoal em torno de 1,2 salários mínimos; enquanto que no total de usuários investigados, foi identificado que a renda familiar possuía uma média de 02 (dois) salários mínimos.

Para análise e interpretação dos resultados, desenvolveu-se uma análise descritiva simples dos dados coletados com o uso de formulário, sendo feita por meio do uso do programa Excel, versão 2010. Enquanto que os dados obtidos por meio da realização de grupo focal foram analisados e interpretados à luz da Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2010; 2012). Para auxiliar na classificação dos dados qualitativos obtidos, utilizou-se, ainda, a proposta de classificação apresentada por Assis *et al.* (1998), utilizando-se os modelos de quadros classificatórios para análise dos relatos de enfermeiros e usuários.

Para garantir o sigilo da identidade dos participantes, procurou-se utilizar codificações específicas para identificação dos enfermeiros e usuários. Os primeiros foram identificados com nome de flores; enquanto que os últimos foram identificados tanto pelo grupo focal que participavam, como: Grupo I, Grupo II....; como pela seguinte codificação:U1-Grupo I, U2- Grupo II,U3 – Grupo V, etc.

Segurança do paciente acerca da produção do cuidado do enfermeiro: um olhar a partir da concepção do usuário da unidade de Atenção Primária à Saúde.

Durante a realização do grupo focal, foi lançado o questionamento: *O que você entende por segurança na produção do cuidado do enfermeiro na Atenção Primária?*

A partir desse questionamento, os usuários elencaram algumas respostas, que foram agrupadas categorialmente em sete grupos. Segundo eles, a concepção de segurança dos usuários estava relacionada à: diminuição de exposição a riscos de violência física; crença na supremacia do saber médico, fazendo com que haja descrença e insegurança no saber do enfermeiro; qualidade da infraestrutura das unidades de saúde e fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos; compromisso profissional, relacionado ao ato dos profissionais de estar atento durante a realização de procedimentos, como para perceber as necessidades do usuário, procurando dá resolutividade ao cuidado; qualidade na gestão dos processos de cuidar e apoio e incentivo da gestão administrativa, relacionado à não isonomia no tratamento dos gestores em relação as categorias profissionais, demanda excessiva de usuários por equipe da ESF, limitação do acesso, falha no sistema de referência e demora realização e entrega de resultados de exames; relacionamento entre profissional

e usuário, relacionado ao relacionamento baseado na construção de vínculos, confiança e acolhimento; e Conhecimento e capacitação técnica, relacionado à formação e capacitação dos profissionais para prescrição/transcrição e administração de medicamentos, preparo e administração de imunobiológicos, esterilização de materiais e realização de outros procedimentos de enfermagem.

O elemento mais recorrente como relacionado à produção de um trabalho seguro foi a adequabilidade da infraestrutura das unidades e fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos. Em todos os grupos, pelo menos, um usuário referiu esse item como interferente no processo de trabalho na unidade, como ilustrado pelos depoimentos preferidos a seguir:

*“Eu sou uma paciente acompanhada, porque recebo minha manutenção do diabético e recebo os medicamentos. E quase nunca tem, né? [...]. E recebo as fitas, as lancetas. Que é uma judiação aquelas lancetas, quer dizer, lancetas não, as seringas. Mandaram umas seringas, que parece que é pra aplicar em vaca! (...) às vezes, eu já fui atendida pelo enfermeiro né, e pelo médica, mas a gente é atendido, aí **falta a medicação**. Às vezes, não tem a medicação completa. Se você for preciso receber duas medicações, aí tem uma e a outra não tem (...) a gente vem tirar a pressão né, aí não tem. O **aparelho quebrado**”* (Grupo V) (grifo nosso).

*“ [Como seria um atendimento seguro e de qualidade?] **Chegar aqui e ter remédio**. Pra você ter ideia, chegou uma pessoa com febre hoje e **não tem termômetro** isso é um absurdo no posto! [...]”* (Grupo II) (grifo nosso).

*“[...] você chegar ali e **pedir um copo d’água**, chegar lá, o copo não tem. Quer dizer, eu sou operada. Vou ao banheiro, **Cadê o banheiro** pra você ir? Não tem!”* (Grupo VI) (grifo nosso).

“A gente chega aqui pra fazer exame e não tem material pra fazer os exames né? (...). Sobre a consulta com a enfermeira, eu não tenho o que falar [...] o que falta é estrutura pra atender a gente né? É muita precária a estrutura daqui. Só isso mesmo que eu tenho a reclamar. O posto aqui não tem estrutura!” (Grupo I) (grifo nosso).

Desse modo, viu-se que a questão de falhas na infraestrutura e fornecimento de equipamentos, materiais, medicamentos e insumos era algo recorrente em todas as unidades que foram investigadas.

Outros estudos também apontaram essa realidade na área de atenção primária no Brasil, como Ribeiro *et al.*, 2004; Facchine *et al.*, 2006; Serapioni e Silva (2006; 2011); Oliveira, Carvalho e Silva (2008); Assis *et al.* (2010), Rodrigues e Anderson (2011), Rodrigues (2011) e Lima e Oliveira (2012), que elencam que nem sempre a infraestrutura das unidades básicas respeitam as exigências técnicas e éticas coerentes com suas atribuições, competências e responsabilidades.

Travassos e Caldas (2013) e Gama e Saturno (2013) pontuam que as condições de infraestrutura e de recursos/administração, relacionam-se às causas de incidentes que, porventura, venham a ocorrer no cuidado em saúde, comprometendo a segurança do cuidado, sendo, portanto, necessário que se estimule estratégias de prevenção dos incidentes, por meio do desenho e planejamento adequado das estruturas e processos que implicam diretamente na melhoria da segurança e da qualidade dos serviços.

Também foi identificado, no presente estudo, a deficiência no fornecimento de medicamentos pela farmácia da unidade, que para os usuários, estava relacionada à concepção de (in)segurança do cuidado. Segue depoimento exemplificativo:

[...] seguro a gente não pode se sentir assim, medicação, tem muitas vezes que a gente vem e tá faltando, aí a gente tem que tirar do bolso da gente pra comprar, porque não tem mesmo e a gente tem que usar. Eu, por exemplo, vários remédios eu tenho que comprar, porque é de uso contínuo, eu não posso parar (U4- Grupo IV).

Nesse sentido, como ressalta Bermudez, Oliveira e Luiza (2008), sabe-se que a despesa com medicamentos tem um impacto significativo sobre os orçamentos das famílias, principalmente naquelas de baixa renda, revelando uma das faces das desigualdades sociais. E, como já referido no eixo I da análise, os usuários apresentam, em sua maioria, limitações financeiras que podem impossibilitar a compra de medicamentos, pagamento de consultas, exames etc., para dá continuidade ao cuidado iniciado.

Em alguns grupos, foram identificados usuários que relataram estarem com seu tratamento de saúde comprometido pelo fato de não terem condições para a compra de medicamentos, que não estavam sendo disponibilizados na unidade.

Quintino, Silva e Ávila (2012) alertam que a assistência farmacêutica também deve ser vista como parte da atenção integral à saúde, proposta pela política de atenção básica.

De fato, o Ministério da Saúde recomenda que seja necessárias à realização das ações de atenção básica nos municípios e Distrito Federal, além de infraestrutura adequada, fornecimento e manutenção de equipamentos, “a existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o seu funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente quando estiver prevista para ser realizada naquela UBS” (BRASIL, 2012a, p.36).

E, mais especificamente ao cuidado de enfermagem, o Conselho Internacional dos Enfermeiros (CIE) ainda reforça que dos quesitos que contribuem para a qualidade do cuidado do enfermeiro é o fato de terem ou não à disposição os equipamentos, fármacos e tecnologias necessárias para fazer o seu trabalho, ao passo que a deficiência dos recursos materiais e humanos e manutenção adequada dos equipamentos conduzem à progressiva deteriorização dos serviços de saúde, comprometendo, assim, a sua qualidade (CIE, 2007).

No estudo realizado por Serapioni e Silva (2006) também evidenciou que o fornecimento de medicação não é suficiente para atender a demanda das unidades de saúde.

Além das deficiências já relatadas, foi identificado também o déficit no fornecimento de utensílios mínimos para suprimento de necessidades humanas básicas dos usuários. Fato que pode ser ilustrado pelo relato de uma usuária, apresentado a seguir:

“[...] Sobre a água né, não tem água aqui no posto. Água pra beber. Ai um dia, eu tava com febre, dor de cabeça forte, aí eu pedi a um rapaz um copo d'água né. Ai ele disse que não tinha água [...] como eu tava com febre, com muita dor de cabeça; eu moro longe, aí eu pedi um copo d'água porque eu tava com febre alta, aí o rapaz disse que não tinha água. E tinha sim. Tem pra eles, mas pra gente não tinha não, o que eu acho certo, porque essa água aí é pra eles, não é pra gente. Ai ele falou assim: Ai no banheiro tem. Ai eu tomei” (U12- Grupo V).

Essa foi uma evidência também apresentada no estudo realizado por Monteiro *et al.* (2012), cujos usuários referiram-se sentir-se insatisfeitos com a limpeza e desconforto das unidades de saúde.

Essa questão faz refletir acerca dos direitos dos cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no País, garantidos pela Constituição do Brasil, principalmente no Título II, Capítulo I - Dos direitos e deveres individuais e coletivos, que confere a todos o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à propriedade, além do direito à educação, saúde, moradia, trabalho e lazer, dentre outros direitos constitucionalmente assegurados (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, cabe ao Estado a garantia desses direitos e aos usuários e profissionais do SUS o dever de assumir atitudes de luta pela garantia de concretização desses direitos, pois todos os cidadãos devem usufruir de políticas públicas, econômicas e sociais para a promoção da saúde de forma ampla, como a garantia de que tenham o direito, como ressalta Kerber *et al.* (2010), ao acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral), conforme proposta assumida constitucionalmente.

Ainda é válido salientar que dentre as responsabilidades comuns de todas as esferas de governo está a garantia de “infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades” (BRASIL, 2012a, p. 27), para possibilitar uma atenção básica de qualidade a todos os cidadãos, brasileiros ou estrangeiros residentes no país.

Além das questões estruturais, usuários ressaltam que, para promover um trabalho seguro, é preciso ainda que o profissional apresente conhecimento científico, associado à capacitação técnica para realização de ações, como prescrição/transcrição e administração de medicamentos, preparo e administração de imunobiológicos; esterilização de materiais, dentre outros procedimentos de enfermagem.

Um outro elemento mencionado como relacionado à concepção de (in) segurança foi a ocorrência da exposição a riscos de ocorrência de agressões físicas e assaltos, tanto na unidade, como nas áreas circunvizinhas, devido a própria característica social e histórico de eventos na localidade.

De fato, essa é uma realidade presente em grandes comunidades brasileiras e, associado às questões de iniquidades sociais, podem repercutir em quadros de violência e sensação de insegurança para trabalhadores e usuários do serviço, impactando na produção do cuidado na atenção básica.

Esse fato ainda se mostra mais acentuado devido aos horários que os usuários precisam comparecer às unidades para tentar marcar consultas.

Trecho do relato que ilustra o fato:

“ a gente tem que chegar aqui de manhã cedo, né? Pra poder ficar a fila e muitas vezes nem pega. E a falta de segurança, minha filha, é imensa! (...). No posto dali [unidade que está em reforma] já entrou ladrão lá, já roubou os funcionários. Agora, no dia da reforma, assaltaram o engenheiro lá (...) eu me sinto mais segura lá na minha casa, que eu fecho o portão por dentro. Aqui é tudo aberto” (Grupo V) (grifo nosso).

“No caso, se você precisar fazer uma prevenção, você tem que vir pra cá pro posto umas 3 horas, né? Então, você corre o risco.” (Grupo V).

Esse sistema de agendamento de consultas vem se apresentando como mais um bloqueio ao acesso dos usuários ao serviço de saúde, tanto por gerar limitações no atendimento das demandas de saúde e, agora citadas, como fator de exposição dos usu-

ários a riscos de violência à integridade física, como apresentado nos depoimentos citados acima.

Esse é um fato que merece discussão aberta entre os agentes de processo de cuidar, ao passo que produzir saúde transcende a dimensão biológica do ser, avançando para discussão ampla sobre o contexto social, econômico, político e histórico onde a comunidade está inserida, a fim de produzir um cuidado realmente integral e resolutivo (ASSIS *et al.*, 2010; MERHY; ONOCKO, 1997).

É um assunto que merece pauta entre os gestores da saúde, para que se possam minimizar os riscos de agressão física que os usuários e profissionais de saúde que podem estar expostos durante o trabalho nas unidades.

A evidência de demanda excessiva de usuários por equipe da ESF; além da insatisfação apresentada pelos usuários em relação à limitação do acesso ao serviço; falha no sistema de referência e demora realização e entrega de resultados de exames foram um dos temas bastante pontuados pelos pesquisados.

Desse modo, entende-se que um dos maiores desafios enfrentados pelo SUS é a garantia do acesso universal, integral e equitativo dos usuários ao sistema, sobretudo aos níveis secundários e terciários de atenção, além de problemas com a qualidade e a resolutividade dos serviços (LIMA; OLIVEIRA, 2012; OLINDA; MIRANDA, 2006), além da limitação da quantidade de equipes formadas, que não atendem à real cobertura necessária (ASSIS *et al.*, 2010; MORETTI-PIRES, 2012).

Paralelo a essas questões levantadas, soma-se ao fato da crença cultural da supremacia do saber médico em detrimento do saber das demais profissões de saúde e, mais especificamente, do enfermeiro, como elemento que interfere na concepção de segurança do cuidado.

Essa cultura da supremacia do saber médico repercutiu na resposta de alguns usuários participantes da pesquisa, ao esboçarem sentir-se inseguros com o cuidado do enfermeiro. Em três grupos focais (Grupo V; Grupo II e Grupo IV) foram identificados usuários que referiram sentirem-se inseguros pelo fato de estarem sendo atendidos pelo profissional enfermeiro, devido a questões como: crença de que o enfermeiro não tem conhecimento para realização de consultas e exames, como prevenção do colo de útero, que, culturalmente, seriam de competência do profissional médico; por ter tido experiência de consulta de enfermagem, onde o enfermeiro recusou renovar a receita de um medicamento, por estar fora de sua competência; e em outro grupo, pelo fato de ter sido prescrito um medicamento ao usuário, que, segundo relato, não atendeu à queixa de saúde apresentada.

Para exemplificar a evidência dos três grupos referidos acima, segue depoimento proferido no Grupo V, apresentando a sensação de insegurança apresentada por uma usuária em relação a ter que realizar exame de prevenção do colo de útero com um enfermeiro:

“[...] Porque você vai colher uma prevenção, aí vai colher um líquido. Porque quando é o médico, ele já vai olhar outra coisa né, se tiver alguma outra coisa assim... Aí só pela enfermeira, só vai colher o líquido pra fazer a prevenção” (U12- Grupo V)

Nesse sentido, vale ressaltar que, conforme preconizado pelo PNAB-2012 e ratificado pela Portaria nº 145/2012, do município de Fortaleza, o enfermeiro possui a competência para “solicitar exames complementares, de rotina, de rastreamento e de seguimentos do paciente, desde que enquadrados nos Programas de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza”, estando, dentre os exames permitidos, a realização de citologia oncótica.

Contudo, percebe-se que a hegemonia do saber médico ainda é prevalente na cultura ocidental, muitas vezes, somando à priorização das práticas procedimentares e curativas (MORETTI-PIRES, 2012).

E, por fim, outros elementos, também mencionados por participantes, foram à importância do compromisso profissional e relacionamento entre profissional e usuário, para a garantia tanto da segurança do cuidado.

O compromisso profissional foi pontuado pelos usuários como relacionado à atitude do profissional em estar atento durante a realização de procedimentos, como para perceber as suas necessidades, procurando dá resolutividade ao cuidado.

Estudos, como o de Cotta *et al* (2005), Bosi e Uchimura (2007), Serapioni e Silva (2006) e Assis *et al.* (2010) revelam que o relacionando entre profissional e usuário baseado no processo dialógico, na construção do vínculo e da confiança faz com que o usuário se sinta mais seguro e satisfeito com o cuidado recebido.

Em cerca de quatro grupos focais, foi identificada a relação empregada entre a relação profissional-usuário com a compreensão dos conceitos de segurança, como melhor exemplificado por meio dos depoimentos a seguir:

A segurança assim, de você ir pra algum médico e ter aquela segurança de que ele tá fazendo aquele atendimento bem feito, seguro! [...]. É como que ela adivinhasse o que a gente sente (Grupo IV).

No entanto, em alguns grupos, experiências não positivas de relação entre usuários e trabalhadores da saúde¹ também foram identificadas, como por exemplo, durante o relato de usuários que afirmam não serem bem atendidos e acolhidos por algumas categorias de trabalhadores da saúde, como funcionários que trabalham na recepção e/ou farmácia, como exemplificado a seguir:

“[...] Às vezes, também a gente não é bem atendido por certas pessoas, né? Dos médicos, eu não tenho nada a dizer. Nem dos enfermeiros, mas dos funcionários [...] muitas vezes a gente chega pra pedir uma informação e não tem que der. Aí eles dizem: sente aí, espere! E a gente fica à deriva, perguntando a um e a outra e ninguém vem dá uma informação [...]” (Grupo V).

“Eu acredito que essas pessoas que atendem, não são todas né? A maioria é mal humorada! Elas não atendem a gente bem. A gente chega é a maior humilhação do mundo [...] porque elas eram pra passar uma coisa positiva pra gente né?! [...]. Só um pedido, eu queria assim. Não sou eu, mas todo mundo que chegasse aqui de manhã cedo, que fosse até naquele balcão, fosse bem atendido, que respondesse com um bom dia até mesmo com um sorriso. Isso é muito importante numa chegada, né?! Que elas sejam mais humana” (Grupo IV).

Nesse sentido, vale citar a reflexão trazida por Merhy e Onocko (1997, p. 06):

1 Adota-se aqui a diferença entre profissional e trabalhador da saúde, pois enquanto o primeiro representa o trabalhador com formação para atuar em profissão relacionada às ciências da saúde, o segundo representa o trabalhador que atua em um ambiente de saúde, sem necessariamente ter formação específica para área de saúde, mas que de alguma forma exerce um processo de trabalho em saúde, através das relações de acolhimento, vínculo, com forte conteúdo de intervenção terapêutica (Merhy; Onocko, 1997).

Mesmo o vigia domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo “autogoverno” para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado com o “modo de atuar”. Pois ele pode ter uma relação mais “acolhedora” ou não, pode decidir se “quebra o galho” daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor “necessidade” por serviços, e assim por diante. E, deste modo, como qualquer outro trabalhador da saúde pode interferir claramente no conteúdo de uma data etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo o processo (MERHY; ONOCKO, 1997, p. 06).

Desse modo, compreende-se que acolher o usuário com qualidade e segurança exige não somente o fornecimento de uma infraestrutura adequada, fornecimento de equipamentos, mas também requer que o trabalhador exerça o seu papel como um real trabalhador da saúde, imprimindo todos os seus dispositivos tecnológicos disponíveis.

Desse modo, vê-se que o trabalhar em saúde precisa centralizar sua atenção no usuário, pressupondo ser ele um portador de singularidades subjetivas e socioculturais, bem como de interesses e necessidades específicos (TRAD, 2006), pois no campo da saúde, Merhy e Onocko (1997) afirmam que esse é um território marcado pelo encontro que se estabelece entre duas pessoas em um contexto de intersubjetividade, cumplicidade e responsabilização diante de um dado problema.

Diante disso, reforça-se que o que impacta na produção do cuidado é a mudança no núcleo tecnológico, na reorganização do processo de trabalho baseado na escolha e no uso efetivo das

tecnologias leves, leves-duras e duras, além da construção de um trabalho em equipe para a garantia da continuidade dos cuidados de qualidade (MERHY, 2002; CIE, 2007).

Por sua vez, a incorporação das tecnologias leves na prática do cuidado em saúde nos serviços não dependem somente da “boa vontade” de cada trabalhador ou do “perfil/vocação” de cada sujeito. Para isso, é preciso que a gestão ser qualificada e a cultura organizacional seja pautada na valorização de projeto de responsabilidades com a vida das pessoas, garantindo a implementação dos princípios de universalidade, equidade e participação das pessoas nas suas escolhas terapêuticas, para que o trabalho vivo seja o cerne do processo de trabalho (ASSIS *et al.*, 2010, p. 64).

Desse modo, é válido reiterar que a concepção de segurança para os usuários aqui investigados coaduna com a concepção adotada por Smythe (2010), que emprega à segurança a condição de ser um fenômeno singular e subjetivo e que, conforme Gama e Saturno (2013), está relacionada à questões tanto estruturais, como processuais do processo de cuidar, indo desde a condições de infraestrutura até a garantia de acesso ao serviço e ao cuidado centrado no usuário.

Sobre isso, vale destacar a compreensão de Ramos e Lima (2003, p. 28) ao indicar que:

[...] é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (RAMOS; LIMA, 2003, p. 28).

Atores defendem que garantir um atendimento seguro e eficiente é um dos elementos-chave da prática de enfermagem, conquistada por meio da prática do cuidado centrado no pa-

ciente, do trabalho em equipe, da formação e capacitação dos profissionais envolvidos, valorização do diálogo e das relações, buscando garantir, assim, uma maior satisfação dos pacientes em relação aos cuidados recebidos e, assim, uma melhor qualidade e segurança do cuidado oferecido (HAMSTROM, KANKKUNEN *et al.*, 2012; D'ANTONIO, 2012; WILSON, 2010).

Entretanto, sabe-se que a enfermagem atua como contribuinte também para a produção do erro e eventos adversos, devido à natureza intervencionista de sua prática, como a realização de administração de medicamentos e outros procedimentos terapêuticos no cuidado direto com o paciente/usuário. Em contrapartida, o fazer de seu trabalho, com a adoção de posturas direcionadas à prevenção do erro, discussão aberta sobre a segurança de seu cuidado, podem fazer com que se atenuem os riscos envolvidos, para a promoção de práticas em saúde seguras e de qualidade (YAMANAKA *et al.*, 2007; HUGHES, CHANG; MARK, 2009; HAMSTROM, KANKKUNEN *et al.*, 2012; BRADY, 2009; WILSON, 2010).

Defende-se que quando a prática da enfermagem está centrada no cuidado, com respaldo do conhecimento, no diálogo e no estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias, a assistência tende a ocorrer embasada em atitudes e habilidades éticas diretamente implicadas na promoção de um ambiente seguro, (COLES; JONES, 2009; VILLARREAL CANTILLO, 2007; CASTNER, *et al.*, 2012; BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

Desse modo, adota-se a reflexão proposta por Smythe (2010) que propõe a comunicação e o diálogo como ferramentas para a produção de práticas seguras e de qualidade. Preceitos, estes, que são defendidos pela Política de Humanização da Atenção

e da Gestão (PNH) no âmbito do SUS, criada em 2003, e que tem como objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde, contribuindo para a produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho, ao serem embasados por valores norteadores como a autonomia, protagonismos dos sujeitos co-responsabilidade, estabelecimento de vínculos e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010, 2004b).

Com isso, entende-se que a segurança do paciente/usuário não deve estar restrita à prestação de cuidados científico e tecnicamente aceitos, mas também, garantir que as demais dimensões de qualidade também sejam atendidas.

Ao final da análise desse estudo, vê-se que elementos valorizados por Ayres (2004) precisam ser incorporados à prática do cuidado do enfermeiro na atenção primária, sendo eles: o diálogo, a humanização das práticas, a capacidade de escuta e o acolhimento do sujeito, entendendo o humanizar para além das formulações das políticas de saúde, gestão dos serviços, formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, o que resulta no ir de encontro às transformações das ações assistenciais propriamente ditas.

Referências

ANVISA. (2011). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: GGTES/Anvisa, v.1, n.1.

_____. (2013). Apresentação. In:_____.Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 2013.

ASSIS, M.M.A. et al. (2013). Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. *Sitientibus*, Feira de Santana.n.18, p.67-74, jan-jun, 1998.

_____. (2010). Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010. 182p.

AYRES, J.R.C.M. (2010). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. v.13, n.3, p.16-29.

BELELA, A. S. C.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. da L. G. (2010). Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 22, n. 3.

BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L. (2008). Assistência Farmacêutica. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 761-793.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. (2007). Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Pública*. v. 41, n.1, p.150-3.

BRADY, M. (2009). Hospitalized children's views of the good nurse. *Nurs Ethics*, v. 16, n. 5, p. 543-60.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 1990.

_____. (1997). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. (2000). A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000, 44 p.

_____. (2001). Departamento de Atenção Básica. Guia prático de saúde da família. Brasília, 2001. 128 p.

_____. (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 72 p.

_____. (2004). Secretaria de Gestão Participativa. Saúde da família: panorama, avaliação e desafios. Brasília: Ministério da saúde, 2005. 84 p.

_____. (2010). HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010, 72 p.

_____. (2002). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. (2013). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013a.

BRASIL, (2013). Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Instituto Nacional do Semiárido. População total residente por faixa etária. 2013b. Disponível em: http://www.insa.gov.br/censosab/index.php?option=com_content&view=article&id=101&Itemid=100. Acesso em 12 de novembro de 2013.

CASTNER, J. et al. (2012). A leadership challenge: staff nurse perceptions after an organizational. J Nurs Adm, v. 42, n. 10, p. 467-72.

CIE. Conselho Internacional de Enfermeiros. (2007). Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho= cuidados de qualidade.

COLES, J.; JONES, K. (2009). "Universal Precautions": perinatal touch and examination after childhood sexual. *Birth*, v. 36, n. 3, p. 230-6.

COTTA, R.M.M. et al. (2005). A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4.

D'ANTONIO, I. (2012). A trinity of engagement transforms care at UPMC ShadySide's 6 Main.2012.

DALMASO, A. S. W.; NEMES FILHO, A. (2001). Promoção à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de condutas médicas. Brasília: IDS; USP. p. 7-9.

ELIAS, P.E. (2004). Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo Perspect.* v. 18, n. 3, p. 41-6.

ESPANHA, Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad. (2011). Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. *Informes, Estudios e Investigación.*

FACCHINI, L.A. et. al. (2006). Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n. 3, p. 669-681.

FORTALEZA. (2012). Prefeitura Municipal de Saúde. Portaria nº 145/2012. Fortaleza, mai, 2012.

GAMA, Z.A.S.; SATURNO; P.J. (2013). A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.* 2013.

HAMSTROM, N. et al. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *Int J Nurs Pract*, v. 18, n. 5, p. 501-8.

HUGHES, L. C.; CHANG, Y.; MARK, B. A. (2009). Quality and strength of patient safety climate on medical-surgical units. *Health Care Manage Rev*, v. 34, n. 1, p. 19-28.

KERBER, N.P. da C. et al. (2010). Direito do cidadão e avaliação nos serviços de saúde: aproximações teórico-práticas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.18, n.5, p.08 telas.

LIMA, D.C.M.de; OLIVEIRA, L.C. (2012). Acesso aos Serviços de Saúde: espera, sofrimento e incerteza. In.: OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; MAIA, L.de F.R.B. Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza: EdUECE, p. 91-108.

MERHY, E.E. ONOCKO, R. (1997). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec.

MERHY, E. E. (2002)Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec.

MINAYO, M.C.S. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed.São Paulo: Hucitec.

_____. (2012). Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

MONTEIRO, W.M.S. et al. (2012). Avaliação da Qualidade em Unidades Básicas de Saúde em Fortaleza-CE: uma análise sustentada em padrões de conformidade e satisfação dos usuários. In.: OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; MAIA, L.de F.R.B. Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza:EdUECE, p. 109- 128.

MONTERRAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R. da S. (2013). Capítulo 1: A Segurança do Paciente e a Qualidade em Serviços de Saúde no Contexto da América Latina e Caribe. In: ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.

MORETTI-PIRES, R.O. (2012). Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família. Curitiba: Appris, 172p.

NPSO. National Patient Safety Agency. (2009). Seven steps to patient safety in general practice. London: National Reporting and Learning Service. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=61598>. Acesso em: fev de 2014.

OLINDA, B.M.; MIRANDA, A.S. (2006). Acesso universal à Atenção Básica em Saúde Bucal: algumas considerações. In: SILVA, M.G.C.; JORGE, M.S.B. (Org.) Saúde pública e seus saberes e práticas: recortes de dissertações. Fortaleza: EdUECE, p.71-77.

OLIVEIRA, T.C.; CARVALHO, L.P; SILVA, M.A. (2008). O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 61, n. 3, Jun. 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. Informe Técnico. WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf> Acesso em: out de 2013.

PAESE, F; SASSO, G.T.M.D. (2013). Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. v. 22, n.2, p. 302-10.

QUINTINO, L.V.O.; SILVA, B.Y. da C.; ÁVILA, M.M.M. (2012). Acesso ao Medicamento: uma condição essencial da garantia do direito à saúde. In.: OLIVEIRA, L.C.; ÁVILA, M.M.M.; MAIA, L.de F.R.B. Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção. Fortaleza:EdUECE, p. 155-168.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. (2003). Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.19, n.1, p.27-34.

RODRIGUES, R.D. (2011). Estratégia Saúde da Família: bode expiatório? Rev bras med fam comunidade, Florianópolis, v.8, n.18, p. 25-26.

RODRIGUES, R.D.; ANDERSON, M.I.P. (2011). Saúde da Família: uma estratégia necessária. Rev bras med fam comunidade, Florianópolis, v.6, n.18, p. 21-24.

SATURNO, P. J. (2008). Seguridad del pacient em atencion primaria: marco conceptual, importância y estratégias de prevención. Universidad de Murcia. 3º Congresso Andaluz de Medicos de Atención Primaria Mesa Redonda: Seguridad del Pacient. Uma nueva estratégia de calidad.

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. da. (2006). Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: uma avaliação multidimensional. Fortaleza: EdUECE, 98p.

_____. (2011). Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.11, p. 4315-4326.

SMYTHE, E. (2010). Safety is an interpretive act: a hermeneutic analysis of care in childbirth. *Int J Nurs Stud*, v. 47, n. 12, p. 1474-82.

STARFIELD, B. (2004). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2 ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.

TRAD, L.A.B. (2006). Humanização do Encontro com o Usuário no Contexto da Atenção Básica. In.: DESLANDES, S.F. *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fio-cruz, p.185-204.

TRAVASSOS, C.; CALDAS, B. (2013). A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática*.

TEJEDOR FERNÁNDEZ, M. (2011). Programas de seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 79 p.

VILLARREAL CANTILLO, E. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud, Barranquilla* [online]. v.23, n.1, p. 112-119.

WILSON, B. L. (2010). Keeping an eye on patient safety using human factors engineering (HFE): a family. *J Spec Pediatr Nurs*, v. 15, n. 1, p. 84-7.

WHO, World Health Organization. (2008). *Marco World alliance for patient safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, p.1-136.

YAMANAKA, T. I. et al. (2007). Redesenho das atividades de enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. *Rev. bras. enferm.* [online]. v.60, n.2, pp. 190-196.

PARTE II: GESTÃO E SUAS DIVERSIDADES

“La capacidad humana es infinita, lo necesario para materializarla es la determinación” (Jorge González Moore).

Capítulo 4: Gestão da clínica na perspectiva da segurança do paciente: avanços e desafios

Patrícia Freire de Vasconcelos.

Lidyane Parente Arruda.

Adriana Catarina de Souza Oliveira.

Consuelo Helena Aires de Freitas

As novas diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) considera a Atenção Primária em saúde (APS) a porta de entrada para o sistema de saúde pelos usuários, e o nível de cuidados mais utilizado pela população (BRASIL, 2012; APEAS, 2008). Estima-se que a APS ultrapasse a prerrogativa de “porta de entrada” e torne-se um sistema integrado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) de forma contínua e proativa, ao invés de um elemento isolado e hierarquizado em um sistema fragmentado (MENDES, 2012). A tentativa da integração é um desafio no mundo todo, e no Brasil já vem sendo instituída há mais de mais de quatro décadas quando a Organização Mundial da Saúde (1978) reconhece que:

“O cuidado primário é a atenção à saúde essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e em cada etapa do desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (1978, p.01)”.

Nessa perspectiva, a busca da atenção integral a saúde pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010), estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Alinhada a isso, o desafio dos profissionais de saúde na atenção primária inseridos na Rede de Atenção à Saúde é o de ampliar fronteiras de atendimento, vislumbrando resolubilidade e cuidado integral. Assim, a equipe de saúde da família deve disponibilizar assistência integral, por meio da promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação de adoecimentos aos usuários e famílias no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano (BRASIL, 2012).

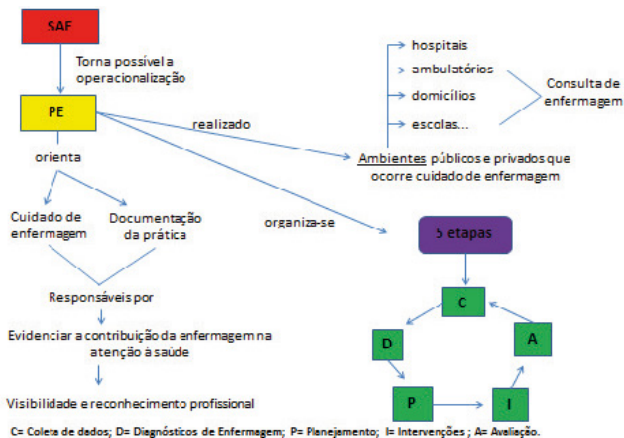


Figura 1 - Diagrama Teórico-Conceitual da articulação da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. 2014.

Para que se assegure a resolutividade, alguns fundamentos da Rede de Atenção à Saúde precisam ser considerados, como: acesso, suficiência, economia de escala, integração vertical e horizontal, disponibilidade de recursos e, não menos importante, prima pela qualidade em suas seis dimensões (BRASIL, 2010).

A qualidade é o grau em que os serviços apresentam resultados de saúde esperados e que estão em consonância com o conhecimento profissional atual. De forma que, para um sistema de saúde ser considerado de qualidade, ele deve atender a seis principais aspectos: segurança do paciente, centralidade no paciente, eficácia, eficiência, oportunidade e equidade (IOM, 2001).

Dentre os seis aspectos da qualidade, a segurança do paciente é um tema ainda pouco estudado na Atenção Primária em Saúde. A segurança do paciente emerge como possibilidade fundamentada para redução de riscos ou danos associados à assistência à saúde até o mínimo necessário (OMS, 2009). Assim, é válido destacar a segurança do paciente como componente primordial para qualidade da assistência a saúde, possibilitando sanar as necessidades e expectativas dos usuários.

O Brasil é um dos países que integram a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde em 2004, com o objetivo instituir medidas para promoção da segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Em 2006, a *National Patient Safety Agency* com o objetivo de disseminar informação e formação aos profissionais e pacientes para melhorar a segurança dos pacientes que recebem cuidados de saúde, publicou o Plano Qualidade para o Sistema Público de Saúde que teve como objetivo promover “*Sete passos para segurança do paciente na Atenção Primária*”. Este pretende

desenvolver uma cultura de liderança, de segurança, e de apoio entre os profissionais; integrar atividade de gerenciamento de risco, promover a notificação em cuidados de saúde primários, envolver e comunicar com os pacientes e do público, aprender e compartilhar lições de segurança e implementar de soluções para evitar danos.

Com o surgimento do Programa de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2012, um novo momento surge e se torna necessário entender e analisar as lacunas relacionadas à temática. Com ele, iniciou-se também, o Programa de Segurança do Paciente no Cuidado Primário cujo objetivo é compreender sobre os riscos existentes para o usuário nos cuidados da atenção primária a saúde, a magnitude e a natureza dos danos evitáveis devido a práticas inseguras e os mecanismos de segurança para usuário.

No Brasil, no dia 1º de Abril de 2013, o Ministério da Saúde lançou a Portaria MS/GM nº529 que rege o Programa Nacional de Segurança do Paciente vislumbrando contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os ambientes de saúde do território nacional (BRASIL, 2014).

A Estratégia Saúde da Família é responsável no Brasil por 77,6% do acesso dos usuários no sistema de saúde (PNAD, 2008). Com isso, vem crescendo a ênfase na segurança do paciente neste nível de atenção, já que a maioria dos cuidados de saúde é feita fora do âmbito hospitalar (DOVEY *et al*, 2008).

Apesar da ampla discussão sobre a segurança do paciente no âmbito hospitalar, que vem se desenvolvendo desde 1850, com os achados do *Ignaz Semmelweis* que estabeleceu a importância das lavagens das mãos no controle de transmissão de infecção (MEN-

DES *et al*, 2009), pouco se sabe sobre os possíveis riscos que os usuários enfrentam na atenção primária, especialmente, em países em desenvolvimento e de terceiro mundo (WHO, 2012).

No Brasil, não é diferente e há poucos estudos relacionados à segurança do usuário na Atenção Primária (AP). Pouco se sabe, por exemplo, do quantitativo dos eventos adversos, já que existe uma falsa percepção que na atenção primária o usuário está menos susceptível a práticas não seguras. Por outro lado, apesar dos erros cometidos não apresentarem consequências drásticas, os seus efeitos são em maior magnitude, por serem erros repetitivos e expor um maior número de pessoas (RUNCIMAN, EDMONDS, PRADHAN, 2002).

Estima-se que a incidência de erros médicos no cuidado primário varia de 5 a 80 casos por 100000 consultas (SANDARS, ESMAIL, 2003), sendo 45%-76% dos erros evitáveis (MAKEHAM *et al*, 2008). Os eventos adversos estiveram relacionados a: 48,2% com medicamentos; 25,7% com a atenção prestada; 24,6% com a comunicação (MENDES, 2012). De acordo com Llamas, Gómez e Balbuena (2012), o foco da segurança do paciente na atenção primária deve ser a medicalização, a comunicação entre níveis de atenção, a articulação entre a medicação e as transições de cuidados, a identificação e a resolução precoce dos aspectos de risco, cuidados e procedimentos seguros.

Como tal, a redução do risco de danos constitui a promoção e manutenção de um ambiente seguro, se fazendo necessário que profissionais de saúde, gestores e usuários estejam envolvidos no cuidado de forma dialógica e construtiva para o bem comum. Vale ressaltar, que o desenvolvimento contemporâneo da área de segurança vem permitindo ampliar um novo olhar sobre o cuidado de saúde, na medida em que foi influenciado por disciplinas e

integra outros campos do conhecimento que se voltou para estudar o erro humano, os acidentes e sua prevenção (TRAVASSOS, CALDAS, 2013) de forma processual e sistêmica, e não individual e punitiva.

O cuidado a saúde sendo uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento (PINHEIRO, MATTOS, 2004).

Neste contexto, o SUS empreende a clínica ampliada, pautada por assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscando a intersetorialidade na resolução dos problemas, proporcionar justiça social numa perspectiva interdisciplinar, ajustando as competências de cada profissão às necessidades dos usuários por meio da escuta qualificada (BRASIL, 2004). Propõe-se a transformar a atenção individual e coletiva, dentre outros aspectos do sujeito compreendido, não apenas no plano biológico (CUNHA, 2004).

Na tentativa de desenvolver o cuidado seguro, surge a Gestão da Clínica (GC). Já que por meio da GC é possível construir um ambiente para uma boa prática clínica, pois se acredita que os cuidados a saúde devam ter homogeneidade e devem ser baseados em evidências. Com isso, proporcionaria o desenvolvimento pessoal, já que necessitaria que seus profissionais fossem capacitados para tal. As organizações também devem se ajustar no que se refere aos seus sistemas, estrutura e sua cultura organizacional a fim de que possam desenvolver o cuidado com qualidade pautada nos pressupostos da gestão da clínica (DONALDSON, GRAY, 1998).

O termo gestão da clínica provém da governança clínica inglesa e do *managed care* americano. Para tanto se faz necessário entender estes dois modelos propostos a fim de que se compre-

enda a gestão da clínica brasileira. Surgiu inicialmente nas organizações financeiras a partir da governança corporativa. A governança corporativa consiste no conjunto de processos, costumes, políticas, leis, regulamentos e instituições que regulam a maneira como uma empresa é dirigida, administrada ou controlada. O termo está relacionado com as relações entre os diversos atores envolvidos (os *stakeholders*) e os objetivos pelos quais a empresa se orienta. Os principais atores tipicamente são os acionistas, a alta administração e o conselho de administração. Outros participantes da governança corporativa incluem os funcionários, fornecedores, clientes, bancos e outros credores, instituições reguladoras e a comunidade em geral (CARVALHO, 2002).

A governança corporativa anteriormente, aplicado pelo mundo financeiro, é utilizada para provisão do cuidado em 1997, sendo instituído pela primeira vez pelo *National Health Service* (NHS), sistema inglês de saúde. Nesse contexto, foi criado o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) em 1999 e da *Commission for Health Improvement* (CHI) em 2000. Ambas são estruturas que respondem no âmbito nacional para assegurar a melhoria da qualidade e entendem que a governança clínica é o principal veículo para a melhoria contínua da qualidade do cuidado ao paciente (NICHOLLS *et al*, 2000).

Para Donaldson e Gray (1998), a gestão da clínica foi definida como a estrutura através da qual as organizações do NHS são responsáveis e responsabilizadas por melhorar a qualidade de seus serviços de forma contínua e por assegurar elevados padrões de cuidado através da criação de um ambiente no qual a excelência do cuidado clínico floresça. NICHOLLS *et al* (2000) prediz para a gestão da clínica como a mudança cultural no sistema como um todo, fornecendo os meios para desenvolver uma capacidade organizacional para ofertar cuidado com qualidade

assegurada de forma sustentável e responsável (que preste contas). Acredita-se que o foco é o paciente e que, portanto, deve haver a parceria entre pacientes e profissionais.

Segundo Buetow e Roland (1999), a gestão da clínica é uma tentativa de vincular abordagens profissionais da avaliação da qualidade e da auditoria clínica, com abordagens gerenciais de garantia de qualidade e de melhoria da qualidade. Seu foco seria a melhoria da qualidade clínica, onde não diz respeito apenas aos indivíduos, mas a organização como um todo. Onde se faz necessário uma estratégia abrangente, incluindo métodos de melhoria da qualidade, auditoria e gestão do risco ligados diretamente à programas de desenvolvimento profissional. Ou seja, a Gestão da Clínica compartilha princípios fundamentais com a segurança do paciente e a qualidade, pois estas estabelecem que os cuidados devem ser permeados por um compromisso político e como uma estratégia central para alcançar transformações e melhores resultados em qualquer área de cuidados de saúde (PEDREIRA, 2011).

No Brasil, Mendes (2009) define Gestão da Clínica como um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica a prover uma atenção à saúde de qualidade centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.

Acredita-se que as diretrizes da gestão da clínica contemplam princípios que poderiam alinhar os profissionais para uma perspectiva de uma atenção mais segura. Já que a Gestão da Clínica se utiliza de tecnologias sanitárias que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as

tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera (MENDES, 2012).

Entende-se que para a incorporação da gestão da clínica e das suas tecnologias na atenção primária à saúde, cinco atributos são essenciais: a compreensão sistêmica, o trabalho em equipe, a comunicação, o pertencimento e a liderança (NICHOLLS *et al*, 2000).

Para a prática de cuidado seguro, os profissionais da atenção primária devem sentir-se parte do processo de atenção à saúde, ou seja, pertencer-se a ele. O sentido de pertencimento a um grupo social é algo que é próprio do ser humano e está relacionado a complexos processos sociais e culturais, sendo essencial para sentir-se seguro, tornando-se capaz de planejar suas ações futuras (MENDES, 2012). Em países desenvolvidos, isso pode ser visto na forma como os profissionais prestam o cuidado à pessoa usuária do seu serviço. Além disso, é necessária uma responsabilização compartilhada entre profissionais-usuários no âmbito da saúde, de forma que os profissionais devem empoderar os usuários para o desenvolvimento de sua autonomia pessoal voltava para suas potencialidades e necessidades. Esse é um desafio global.

Mediante a interação do profissional com o usuário é que se concebe o cuidado clínico em saúde. No processo de comunicação, a escuta é essencial para o diálogo. Por meio da escuta atenta pode surgir a compreensão da não adesão do usuário a um tratamento, a falta de entendimento de uma orientação e a descoberta de sua falta de interesse com sua saúde (AYRES, 2006). Além disso, a interação-comunicação também é primordial para um cuidado seguro. A comunicação enfraquecida entre profissionais e, principalmente, entre os profissionais e os usuários, é considerada um forte e importante contribuinte relacionado a eventos adversos, sendo responsável por 17 % deles (APEAS, 2008).

As formas como os profissionais se comunicam para garantir a integralidade e a continuidade do cuidado se dá por meio do uso de prontuário. Entende-se que para um sistema de saúde forte e viável, o sistema de informação deve ser integrado. Na Espanha, prontuários são eletrônicos e a atenção secundária e terciária tem acesso aos dados da pessoa usuária dos serviços primários, o inverso não ocorre. Mesmo em países desenvolvidos e avançados, ainda observamos a limitação da unificação do prontuário em apenas um por usuário em todo sistema de saúde.

No Brasil, a situação é ainda mais gritante, já que há unidades de saúde em que os profissionais que prestam cuidados nunca tiveram acesso a prontuário eletrônico, inviabilizando a integralidade do cuidado a pessoa usuária, assim como sua evolução. Fica claro que sem um suporte básico referente a estrutura física, adotarmos a gestão da clínica ficará inviabilizado. Alguns municípios estão em processo de implantação, como Fortaleza, que aos poucos está estruturando-se e capacitando seus profissionais para a Gestão da Clínica.

Ainda para um cuidado seguro, o trabalho em equipe representa um dos principais pilares para uma assistência integral e equânime na saúde. Por meio da soma de variados olhares de diferentes profissionais é possível uma abordagem integral ao indivíduo, a partir de um processo assistencial comum e que os profissionais desenvolvam uma ação de interação entre si e com a comunidade (VIEGAS, PENNA, 2013). O relatório “*To Err is Human*” aponta que um melhor trabalho em equipe é uma forma de reduzir erros nos sistemas de saúde (IOM, 2000). Depois desse relatório, o trabalho em equipe e sua importância na área da saúde vêm crescendo, demonstrando redução de erros (KALISCH, LABELLE, BOQIN, 2013).

Liderança é outro atributo importante para um cuidado clínico seguro. Mendes (2012) propõe que um líder é capaz de estabelecer a visão, dá a direção e influi no crescimento pessoal de maneira a criar, inovar e aprender. Sabe-se que a ausência de liderança é uma barreira para o desenvolvimento da segurança ao usuário (QUES, MONTORO, GONZÁLEZ, 2010). Historicamente, a equipe de saúde era regida pela polaridade entre as pessoas, sendo suas ações vinculadas diretamente ao domínio do conhecimento. Com o rompimento com modelo clássico, onde havia níveis hierárquicos, e a estruturação em equipes de saúde da família, o diálogo horizontal foi proposto entre todos os profissionais e trabalhadores, visando a atuação interdisciplinar e harmoniosa (LANZONI, MEIRELLES, 2012). 16

A compreensão sistêmica está, dentro do modelo proposto pelo SUS, diretamente relacionado ao conceito de redes de atenção à saúde. Entende-se que o profissional deve estar apto a compreender os níveis de atenção subsequentes para a integralidade do cuidado ao usuário, garantindo que haja uma referência. Da mesma forma, o profissional/instituição na qual o usuário foi direcionado deve compreender também da necessidade de fornecer a informação necessária para o nível de assistência que o referenciou. Como Mendes (2012) propôs as redes devem ser horizontalizadas e integradas nos variados tipo de atenção. Ainda segundo Mendes (2012), é sabido que as redes de atenção em saúde melhoram os resultados clínicos, sanitários e econômicos dos sistemas de saúde. A GC se utiliza de tecnologias sanitárias que partem das tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas, para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, de gestão de caso, de auditoria clínica e de listas de espera (MENDES, 2012).

Para finalizar, entendemos que para a Gestão da Clínica, o foco deve ser a relação profissional e pessoa usuária. Em nosso país, várias são as iniciativas governamentais de estimular e capacitar os profissionais, mas ainda sim não são suficientes, principalmente porque não temos um processo contínuo de avaliação e monitoramento. Muito menos, empoderamos nosso usuário para fazer parte da construção social do seu cuidado.

Assim, para que os usuários dos serviços de saúde entendam as orientações e atuem juntamente com a equipe no planejamento das ações, é necessário que eles tenham um entendimento efetivo sobre o conhecimento compartilhado, vislumbrando compreender a finalidade das ações educativas. Contudo, toda a equipe de saúde precisa atuar fazendo com que o usuário entenda que a prestação dos serviços de saúde na ESF está baseada no atendimento em saúde de forma integral, focado na prevenção e promoção da saúde. Trabalhar em busca da mudança dessa concepção dos usuários é um desafio, porém, é essencial para que essa estratégia possa atingir o sucesso esperado (ROECKER; MARCON, 2012).

Portanto, é nítido que as dimensões de cuidado entre as propostas da gestão da clínica e da segurança do paciente na atenção primária estão correlacionados.

A relação da gestão da clínica com a segurança do paciente está alicerçada em atributos comuns que visam à melhoria da qualidade do cuidado em saúde. Porém, para que a gestão da clínica seja efetiva na atenção primária à saúde, é necessário desenvolvimento organizacional voltado o desenvolvimento profissional, o desenvolvimento estrutural, a liderança e a centralidade no usuário com envolvimento do paciente em comitês de prestação de contas. Entende-se que para o desenvolvimento estrutural seria necessário à criação de comitês e sistemas para coordenar e

monitorar a melhoria da qualidade, sendo os comitês mecanismos de coordenação lateral que possibilitam a troca de informação rápida, intensificar a comunicação e o trabalho em equipe. Para o trabalho em equipe é necessário desenvolver a consciência política e habilidade de trabalhar com o outro. De modo que a continuidade do cuidado é indispensável para qualidade e gestão das informações (HUNTINGTON, GILLAM, ROSEN, 2000).

Referências

- APEAS STUDY. (2008). Patient Safety in primary Health Care. Madrid: Ministry of Health and Consumer Affairs.
- BRASIL. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde.
- BRASIL. (2014). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde.
- BUETOW, S. A.; ROLAND, M. (1999). Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual. Health Care*, v. 8, p.184-190.
- CARVALHO, A. G. (2002). Governança corporativa no Brasil em perspectiva. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 19-32.
- DONALDSON, L. J.; GRAY, J. A. (1998). Clinical governance: a quality duty for health organisations. *Qual Health Care*, v. 7, p. 37-44.
- FRANKEL, A.; LEONARD, M. (2013). Update on Safety Culture. Agency for Healthcare Research and Quality, Julho/Agosto 2013.
- INSTITUTE OF MEDICINE. (2001). Crossing the quality Chasm: A new Health system for the 21st Century. Washington, DM: National Academy Press.
- FARIA, H. X.; ARAUJO, M. D. (2010). Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Soc*, v. 19, n. 2, p. 429-439.
- HALLIGAN, A.; DONALDSON, L. (2001). Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ*, v. 322, p. 1413-1417.

HUNTINGTON, J.; GILLAM, S.; ROSEN, R. (2000). Organisational development for clinical governance. *British Medical Journal*, v. 321, p. 679-88.

LLAMAS, J. S.; GÓMEZ, M. J. L.; BALBUENA, J. J. J. (2012). Sesiones Clínicas en APS: Seguridad Del paciente en las consultas de Atención Primaria, 2012. Disponível em: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Agenda/Sesiones_clinicas/Documentos/Cuaderno_asistente_seguridad.pdf. Acesso em: 15 ago. 2013

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (1997). Agir em saúde: um desafio para o público. Hucitec.

MORETTI-PIRES, R.O. (2012). Avaliação da gestão do trabalho em saúde da família. 1 ed. Curitiba: Appris.

NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY. (2006). Seven steps to patient safety for primary care. The full reference guide, 2006.

NICHOLLS, S.; et al. (2000). Clinical governance: its origins and its foundations. *Clin Perform Qual Health Care*, v. 8, p. 172-178.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1978). Declaração de Alma-Ata. Rússia: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2009). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>. Acesso em: 10 maio. 2013.

PEDREIRA, M.L. (2011). The art of nursing: crossing the quality chasm and promoting patient safety in critical care. *Nursing in Critical Care*. v.4, n.16, p. 159-60.

ROECKER, Simone.; SILVA MARCON, Sonia. (2011). Educação em saúde: Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. *Invest. educ. enferm, Medellín*, v. 29, n. 3. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000300006&lng=en&nrm=iso.

RUNCIMAN, W. et al. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 21, n. 1, p. 18-26.

Capítulo 5: Intersecção entre as políticas pedagógicas do Curso de Graduação em Enfermagem com eixo na segurança do paciente

Emiliana Bezerra Gomes.

Consuelo Helena Aires de Freitas.

Adriana Catarina de Souza Oliveira.

Maria Salete Bessa Jorge

O conceito ampliado de saúde retratado na Reforma Sanitária e na Constituição brasileira de 1988 foi decisivo na reorientação dos processos de formação em saúde. A ruptura com o modelo biomédico deu lugar a perseguição de caminhos para a conquista do egresso crítico e reflexivo conhecedor das demandas sociais da saúde e capaz de intervenção na reorganização do próprio sistema.

A articulação da formação em saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) no cenário político passa a se configurar como uma necessidade para a efetivação do SUS, com sua sustentabilidade perpassando pela reorientação do processo de formação em saúde (FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2013).

Na enfermagem, campo específico da discussão aqui proposta, o processo de formação é dinâmico e articulado, um instrumento eficiente no processo de aproximação das conquistas políticas em saúde, desde a reforma sanitária. As práticas e necessidades de saúde porém, envolvem grandes desafios como os da inclusão dos atores do processo de ensino-aprendizagem para efeitos na produção do saber e nas transformações construídas no

cotidiano através da desacomodação e acomodação na micropolítica do aprender (FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2013; LUCCHESI, VERA, PEREIRA, 2010; JORGE et al., 2012).

As transformações das demandas de cuidado em saúde se modificam ao longo do tempo com as inovações e abordagens dos determinantes da qualidade de vida e da saúde da população. As tecnologias de cuidado e suas complexidades requerem profissionais aptos na sua utilização. Assim, questões antigas na história do cuidado, como a segurança do paciente, ressurgem com grande impacto levando a necessidade de discussões para efetividade de seu gerenciamento e condução, dada a sua transversalidade em todos os níveis de atenção dentro do sistema de saúde.

Nesse ínterim a avaliação das políticas pedagógicas e do processo formativo, especialmente a de caráter contínuo, se consolida como alternativa ao direcionamento e redirecionamento das políticas pedagógicas no processo de formação para a condução e atendimento das atuais necessidades de saúde em suas instâncias na pluralidade dos territórios e comunidades.

Atender as determinações colocadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem na perspectiva de uma formação crítica e reflexiva perpassa pela vigilância dessas necessidades de saúde da população, através da avaliação e sobretudo da atitude proativa dos atores envolvidos no processo de formação, para envolvê-las efetivamente nos espaços de ensino-aprendizagem.

Compreendendo a necessidade de formar profissionais para o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) este capítulo aborda com criticidade em uma perspectiva compreensiva, a formação de enfermagem diante de uma necessidade atual explícita nos sistemas de saúde brasileiro e mundiais: a segurança do paciente.

Formação do enfermeiro diante da necessidade de investimentos em segurança do paciente

A Reforma Sanitária e a Constituição brasileira de 1988 foram decisivas na articulação da formação em saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), reorientando o perfil da formação a partir das necessidades de saúde da população e aflorando a discussão na década de 1990 sobre a fragmentação dos currículos, o conteudismo, a fundamentação biomédica e biopolítica do ensino e da passividade estudantil (FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2013; VASCONCELOS et al, 2012).

São pautas ainda atuais, mesmo diante do vasto debate sobre os currículos integrados, as metodologias ativas de aprendizado, a interdisciplinaridade e a integralidade no processo de formação em saúde.

Em 2001 com as Diretrizes Curriculares Nacionais há uma reorientação da formação e maior aproximação do SUS com recomendações explícitas do Ministério da Saúde orientando as mudanças curriculares. Assim, a formação em saúde passa a ser fortemente influenciada pelas políticas e programas do SUS (FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2013).

As Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem pregam a formação do enfermeiro crítico-reflexivo com base nas necessidades sociais da saúde e nas demandas do SUS, como meio de assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento para fortalecimento do sistema de saúde. A intenção é a de formar profissionais capazes de participar efetivamente no sistema de saúde com competência e efetividade na resolução das necessidades de saúde da população (BRASIL - DCNE, 2001).

No entanto, existem incongruências entre o discurso teórico e a prática, o ensino e o serviço, que apontam para divergências em seus contextos, um descompasso que põe em risco o processo de consolidação do SUS (GRILLO et al., 2013; JORGE et al, 2012).

Um dos principais desafios na resolução dessas incongruências na formação dos enfermeiros, diz respeito a atuação docente. Resistências às mudanças, pouca reflexão sobre o papel da docência, o distanciamento dos serviços de saúde e da prática clínica, a relação de poder professor-aluno, fragmentação do currículo e tecnicismo do ensino, o pouco domínio sobre o SUS são reais pontos de enfrentamento em muitas instituições de ensino superior (IES). Muitas vezes aliados a passividade dos estudantes que saem dos cursos mais empobrecidos do que entraram (ITO et al., 2006; FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2013).

Melhorar a segurança no cuidado em saúde é uma preocupação global. Definida pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2011, p.21) como a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” a segurança do paciente ganhou relevância mundial a partir da publicação *ToErrisHuman* em 1999, que apontou altos índices de erros na assistência à saúde e abordou a natureza do erro e a falibilidade humana sob a ótica pessoal e do sistema. Iniciando o enfrentamento a cultura da culpa nos serviços de saúde e acalorando as discussões sobre segurança do paciente em todo o mundo.

A OMS (2011, p. 21) em sua estrutura conceitual sobre segurança do paciente considera o erro como a “falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano” ainda podendo ter relação direta a um incidente - “evento ou circunstância que poderia resultar, ou resul-

tou, em dano desnecessário para o doente”, o qual pode ser classificado como um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos, também chamado de evento adverso.

Os eventos adversos e suas consequências na morbimortalidade, tratamento, custos financeiros pelo prolongamento de internações, e reflexos sociais aos pacientes pelos danos sofridos, tem importante impacto no Sistema Único de Saúde (SUS). Numa pesquisa brasileira o índice de incidentes sem danos chegou a 82% das internações e a de eventos adversos foi 18,7% sendo 3,21% eventos graves com mortes (PARANAGUÁ et al., 2013).

Dos eventos adversos informados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária entre 2006 a 2011 a maioria esteve relacionada à medicação. Outras causas foram os processos e procedimentos clínicos, o gerenciamento organizacional, as documentações, as infecções, os equipamentos médicos e produtos de saúde, as atitudes e o comportamento, os acidentes dos pacientes, a infraestrutura e o ambiente (OLIVEIRA, XAVIER, SANTOS JUNIOR, 2013; BRASIL, 2014).

Falhas na segurança do cuidado é uma certeza que muitos profissionais de saúde não querem encarar. A enfermagem tendo papel central na prestação do cuidado e apoio aos familiares, concentra grande parte de eventos adversos como os citados anteriormente, no entanto, em contraponto, pela sua representatividade no quantitativo da equipe de saúde e por sua importância no desenvolvimento dos cuidados, o enfermeiro também é apontado como o profissional mais provável no reconhecimento, interrupção e até correção de eventos adversos (OLIVEIRA, XAVIER, SANTOS JUNIOR, 2013; JOHNSTONE, KANITSAKI, 2007).

O aumento da complexidade e tecnologias nos serviços de saúde das últimas décadas e o envolvimento dos diversos profis-

sionais na prestação do cuidado, trouxeram consigo a elevação dos riscos assistenciais e do número de eventos com e sem danos. Essa realidade reforça a necessidade do investimento no capital humano (WACHTER, 2013; FONSECA, PETERLINI, COSTA, 2014).

Apontado mundialmente como um ponto estratégico para reduzir os riscos e atenuar a incidência dos eventos adversos na assistência à saúde, o ensino de segurança do paciente aparece com destaque nas iniciativas da OMS com a o Guia de ensino multiprofissional em segurança do paciente e no Ministério da Saúde do Brasil (MS) na instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2014; WHO, 2011).

O Guia de ensino multiprofissional em segurança do paciente da OMS é atualmente uma das ferramentas mais indicadas na promoção do ensino em segurança do paciente no mundo. O que fez o Ministério da Saúde do Brasil no seu documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, o referenciar como fundamento teórico ao abordar em seus eixos a inclusão do tema segurança do paciente no ensino (BRASIL, 2014; WHO, 2011).

Acredita-se que transformações no processo de ensino em segurança do paciente trarão melhorias a prática clínica. No entanto, estudos demonstram que a segurança do paciente ainda é um tema pouco explícito nos programas curriculares de enfermagem, geralmente abordado de forma generalista, sem a necessária transversalidade (BOHOMOL, 2013; ROBSON et al., 2013; VAISMORADI, 2012).

O impacto das discussões mundiais sobre a segurança do paciente nas duas últimas décadas faz da sua tímida aparição nos currículos de saúde um paradoxo sobre os princípios de constru-

ção curricular e até mesmo do que está descrito no código profissional de enfermagem. Há evidências de fragmentação ou até ausência de questões gerais sobre seu conceito e princípios. Muitos tópicos são abordados em disciplinas ou temas específicos, como a segurança na administração de medicamentos, deixando de lado a transversalidade e a interdisciplinaridade e a avaliação é um item ainda muito questionado (BOHOMOL, 2013; VAIS-MORADI, 2012; ROBSON et al., 2013; THORNLOW, MCGUINN, 2010; STEVEN et al., 2014).

Os currículos refletem o ensino que demonstra divergências entre a realidade ideal ensinada nos cursos de graduação em enfermagem e a prática cotidiana. Essa situação denota o despreparo dos docentes acerca dos temas relacionados a segurança do paciente, o que reflete em ações pontuais e fragilidades nas metodologias do ensino (ATTREE, COOKE, WAKEFIELD, 2008; STEVEN et al., 2014).

Essas questões refletem conseqüentemente no ensino prático que ainda traz como implicador o modo como se dá a relação ensino-serviço e a cultura de segurança presente, repercutindo na internalização dos princípios e valores da segurança do paciente pelo aluno (THORNLOW, MCGUINN, 2010; STEVEN et al., 2014; FONSECA, PETERLINI, COSTA, 2014).

Do outro lado a visão dos discentes sobre o ensino de segurança tem feito emergir velhas questões pedagógicas, dentre elas, a relação de poder entre professor e aluno e suas implicações na autoestima, no aprendizado e na avaliação. Quando questionados em como se dá o ensino de segurança do paciente os discentes de enfermagem comentam: há pouca abordagem sobre temas relacionados a segurança do paciente, reconhecendo que eles aparecem de forma pontual e dissociada, e da necessidade de

iniciativas próprias para aprofundamento sobre o tema (THORNLOW, MCGUINN, 2010; VAISMORADI, SALSALI, 2011; VAISMORADI et al., 2014; BOHOMOL, 2013).

O paradoxo entre o ensinado e a realidade prática no ensino de segurança é talvez a principal das dicotomias referidas pelos discentes que ainda enxergam o discurso da cultura de aprendizado aberta na contramão do ensino prático defensivo, fechado e punitivo aos estudantes que não se sentem, ou são julgados, como menos preparados (THORNLOW, MCGUINN, 2010, VAISMORADI, SALSALI, 2011; BEJARANO et al., 2011).

A culpabilidade ainda influencia aqueles que realizam ou presenciam um evento com ou sem danos e ficam reticentes na decisão de relata-lo pelo temor de ficar mal visto no serviço ou de ser reprovado pelo professor (THORNLOW, MCGUINN, 2010, VAISMORADI, SALSALI, 2011; BEJARANO et al., 2011).

Diante de tantas questões algumas iniciativas, ainda que isoladas, obtiveram resultados animadores e têm apontado possibilidades na melhoria do ensino em segurança do paciente que passam pela capacitação docente na exploração de métodos de ensino-aprendizagem como estudo de caso, problematização baseada em evidências, simulação clínica, utilização de ferramentas na gestão e no gerenciamento dos riscos em saúde e disposição de cursos e materiais *online*, para citar algumas (DAUD-GALLOTTI et al., 2011; BARNSTEINER et al., 2012; JOHNSTONE, KANITSAKI, 2007; BEJARANO et al., 2011).

Métodos estes muitas vezes não utilizados pela incapacidade ou falta de vontade docente e também pela precária situação estrutural e de aparato da realidade de muitas universidades brasileiras, especialmente as públicas.

Um estudo americano sobre as necessidades de mudanças na formação em enfermagem (THORNLOW, MCGUINN, 2010) colocou em suas reflexões diante das assertivas de importantes instituições americanas - *Institute of Medicine (2003)* e *American Association of Colleges of Nursing (2008)* - que a preocupação por progressos reais para o cuidado seguro e de qualidade passa por investimentos na formação, com o fortalecimento dos currículos e equipando as universidades para o ensino de conhecimentos, habilidades e atitudes sobre a segurança do paciente.

O ensino de segurança do paciente: entre políticas e pedagogia

Desde a constituição de 1988 as políticas pedagógicas nas Leis de Diretrizes e Bases da Educação e nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem têm proposto as bases para a formação de um profissional crítico reflexivo. Para tanto houve a necessidade de avaliação, discussão e reformulação dos currículos e projetos políticos pedagógicos.

Tais políticas trouxeram maior autonomia às instituições formadoras sob-regulamentação do Estado. As Instituições de Ensino Superior (IES) passam a ter maior autonomia sobre os seus currículos, que não devem dissonar das políticas públicas e conseqüentemente das necessidades de saúde local. Assim os currículos têm caminhado na tentativa de romper com o paradigma médico hegemônico, abraçando o SUS e suas concepções na dinâmica do processo de formação.

A formação para o SUS implica esforços além do técnico-científico, mas englobar aspectos ético e humanístico com produção de subjetividade na formulação de competências aos egressos. Tais intenções devem ser planejadas na confluência de

ideias dos atores envolvidos no processo de formação, diretrizes e políticas na concretização dos Projetos Políticos Pedagógicos (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

No entanto ainda não são incomuns relatos de desafinação entre as ementas das disciplinas e os pressupostos do PPP e da participação dos atores do processo de formação, especialmente discentes e docentes, na construção e avaliação deste (SILVA, RODRIGUES, 2008). Assim, a ênfase no ensino de necessidades de saúde emergentes, como a segurança do paciente, e as divergências nos discursos de discentes e docentes no processo de formação, também são situações em muito vivenciadas.

A segurança do paciente é um problema antigo com o olhar contemporâneo submergido das discussões sobre a qualidade da atenção a saúde. Seria essa a conotação da segurança do paciente hoje nos serviços de saúde? O que de fato vem aos olhos da sociedade são os números alarmantes de erros e eventos adversos, uma controvérsia no cotidiano de quem tem necessidades de saúde, influenciando diretamente na credibilidade do sistema de saúde e especialmente dos profissionais diretamente envolvidos e vitimados pela cultura da culpa. Assim se sobressai à sociedade insatisfeita e a necessidade de segurança na atenção a saúde.

Esse recente enfoque que os sistemas de saúde têm dado a segurança, muitas instituições de ensino, respectivos gerentes e corpo docente, ainda não estão familiarizados ou até mesmo, não se sentem capacitados a introduzir tal conteúdo tão prontamente nos seus currículos. Esse reflexo aparece em estudos que apontam a falta de conteúdos relacionados à segurança nos currículos, com conteúdos relacionados aparecendo geralmente de forma generalizada e sem vinculação direta ao tema (JOHNSTONE, KANITSAKI, 2007; STIVEN et al., 2014; ATTREE, COOKE, WAKEFIELD, 2008; THORNLOW, MCGUINN, 2010).

Há necessidade da introdução clara da temática da segurança do paciente nos currículos de saúde com a implementação de conteúdos que subsidiem a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para o cuidado seguro pelos discentes. Porém, colocações de estudiosos da área questionam como efetivamente o currículo vai refletir na prática, se ainda não se superaram questões como: a relação ensino-serviço, a dissociação entre o ensino idealizado em sala e a realidade vivenciada nas práticas de saúde, as relações verticais entre docentes, discentes, serviços e pacientes, e da biopolítica reproduzidas no cotidiano das práticas, para citar algumas. (STIVEN et al., 2014; FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2013).

A integralidade e a transversalidade requeridas na abordagem à segurança em saúde na formação ainda são abismos a atravessar. E embora esta seja uma dificuldade clara nas experiências colocadas na escassa literatura sobre a tentativa de implementação da segurança do cuidado nos currículos, há evidências de bons resultados na qualidade do cuidado prestado por discentes de enfermagem e egressos (FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2013; BEJARANO et al., 2011; VAISMORADI et al., 2014; JOHNSTONE, KANITSAKI, 2007).

Outra vertente da integralidade se sobressai na determinação das próprias necessidades de saúde. O alerta da insegurança e baixa qualidade dos serviços são sintomas de uma sociedade que não se tem feito ouvir em seus desejos e demandas pela fragilidade da integralidade enquanto princípio do SUS que prevê a participação e o controle social na determinação de políticas públicas – com ênfase aqui a saúde e a educação.

O impacto das ações do SUS nas instituições formadoras tem sido limitado na interposição de políticas e diretrizes para

estimulação de mudanças na formação em saúde e nulas em apresentar a formação como uma política do SUS para efetivação e fortalecimento do sistema de saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

O atendimento a temática segurança do paciente no ensino de graduação em saúde no Brasil ganha maior evidência com o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde. Neste programa a formação – graduação e pós-graduação -, educação continuada e a pesquisa, ganham notoriedade por constituírem dois dos quatro eixos do programa. Tais tópicos contam como uma de suas referências o *The multi-professional patientsafety curriculum guide* da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2011.

Trata-se de um programa para o ensino multiprofissional sobre segurança do paciente (*The multi-professional patientsafety curriculum guide*), que surge como importante referencial teórico, com o intuito de colaborar com as instituições de ensino superior de saúde em todo o mundo para introdução e o desenvolvimento da educação em segurança do paciente nos seus currículos.

Um rico material com flexibilidade a adaptação das diversas culturas, dividido em tópico, cada um deles constituídos de um capítulo com vasto conteúdo, objetivos pedagógicos específicos, métodos e ferramentas de ensino-aprendizagem, indicações sobre como avaliar o tema trabalhado, além de indicações de materiais de referência. Porém ainda são poucas as instituições que o adotam no mundo. Algumas até o desconhece.

A própria IES reconhece através da vivência ensino-serviço e da pesquisa a nível mundial, bem como na sua ênfase em programas e políticas, a necessidade de segurança em saúde. A avaliação do PPP para o atendimento as demandas contemporâneas na

formação em saúde é uma ferramenta propícia nesse movimento. Porém nem sempre se coloca efetivamente na prática das IES. A sensibilidade docente e discente talvez seja uma alternativa a contornar tais situações pela curiosidade e responsabilidade de tratar temas emergentes e de impacto social na micropolítica do processo de ensino.

Assim se sobressaem a paixão e o compromisso dos atores sociais envolvidos em fazer acontecer o processo de formação, mesmo quando há deficiências estruturais importantes e de reconhecimento da educação, num tempo em que se sobressai o baixo investimento nas IES públicas e a privatização e mercantilização do conhecimento.

Reflexões sobre a relação entre as políticas de saúde brasileira e a formação em saúde diante da necessidade de segurança do paciente foram colocadas esquematicamente na Figura 1.

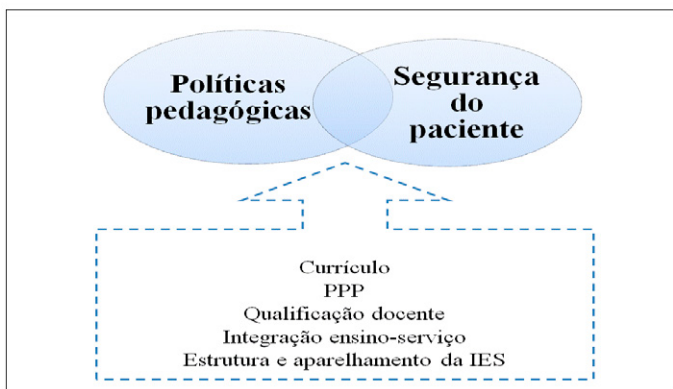


Figura 1 – Interseção das políticas pedagógicas e a segurança do paciente na formação em enfermagem. Fortaleza, Ceará, 2014.

Nota: Projeto Político Pedagógico (PPP); Instituição de Ensino Superior (IES)

A qualidade na formação do egresso em saúde é uma variável qualitativa da qual os exames de avaliação do ensino superior tentam se aproximar, porém há a certeza de que é preciso uma compreensão ampla dos seus diversos aspectos, especialmente os qualitativos. A percepção dessa realidade no coletivo fica por conta da relação individual e coletiva dos sujeitos que demandam os serviços de saúde em suas vivências.

Na contramão a opinião de quem faz parte diretamente do processo de formação seus avanços no SUS na tentativa de quebra de um paradigma hegemônico e na implementação da saúde em seus princípios, ao menos na tentativa deles, além dos desafios de cunho estrutural e de fragilização dos processos de formação e na sua relação com as políticas e diretrizes pedagógicas e da saúde e a sua aplicação real na macro e micropolítica do ensino.

Assim compreendemos que a interseção entre as políticas pedagógicas e o ensino de segurança do paciente percorre questões que vão desde como esse tópico é compreendido como necessidade de saúde da população e conseqüentemente da sua implementação nos processos de ensino em saúde com a fragilidade que se sustenta na integralidade, seja com foco no controle social junto ao ensino de saúde no delineamento das suas políticas, seja na integralidade e transversalidade da segurança do paciente na integração dos currículos e PPP e práticas de ensino-aprendizagem dos diversos cursos de saúde e na sua relação interdisciplinar com o curso de enfermagem.

Nesse contexto alguns desafios e possibilidades podem confluir forças na tentativa de melhor interseção entre as políticas pedagógicas e a segurança do paciente para a formação de um enfermeiro crítico e reflexivo. São eles:

- Ampliar a discussão sobre os currículos e suas contribuições para a segurança do paciente;
- Garantir a construção e avaliação do PPP com participação efetiva dos atores envolvidos no processo de formação com base no que se refere ao atendimento da necessidade social de segurança em saúde oriunda do controle e participação social;
- Investimentos em capacitação e qualificação docente em segurança do paciente e metodologias de ensino-aprendizagem;
- Fortalecimento da integração ensino-serviço através do ensino – pesquisa – extensão;
- Investimentos em estrutura e aparelhamento das IES.

A questão que surge é que estes desafios e possibilidades são familiares, pois nenhum deles está além ou aquém do que está estabelecido nas políticas de saúde e pedagógicas na formação em saúde no Brasil, o que nos faz acreditar que estamos no caminho, mas ainda há muito que trilhar!

O ensino de segurança do paciente ainda é fragmentado e pouco estruturado dentro das IES no Brasil e no mundo. Como garantir que o aluno de enfermagem esteja sensibilizado a trabalhar a partir dos princípios e conceitos da segurança no cuidado como forma de melhorar a sua assistência no cuidado enquanto estudante nesse contexto? Para que haja reflexos claros na postura de estudantes e de profissionais de enfermagem na implementação do cuidado seguro é necessário enfrentamento com políticas e ações, sobretudo.

Considerações finais

A segurança do paciente, assim como outras necessidades de saúde, sucumbem aos ditos ‘modismos’ em saúde, delatadas por alarmantes números oriundos das pesquisas e dos telejornais, perante o inconsistente controle social na determinação e avaliação de políticas de saúde no apontamento da real necessidade da população.

Esse baixo impacto do SUS e da sua gestão sobre a formação em saúde traz consequências postura profissional perante a atenção a saúde. Forma-se para o SUS mas a sua política tem baixo impacto na política de educação que continua ditada com grande força pela hegemonia de outros tempos, ainda impregnada nas instituições de ensino superior.

Há reconhecimento de que se tem a preocupação de formar para o SUS. Está explícito nos projetos políticos pedagógicos, no discurso de docentes e discentes, mas também são desses discursos que sobressaem as controvérsias de desarticulação entre teoria e prática, ensino e serviço, relação professor-aluno. Até mesmo da permeabilidade do SUS em situações teóricas e práticas com a transversalidade que merece no decorrer dos cursos de saúde.

Diante dessas questões é quase redundante falar da segurança do paciente nesse processo de formação, quando enfrenta essas mesmas controversas, trazendo a nossa percepção uma dissonante dicotomia entre as políticas e a prática.

No seu campo específico a segurança do paciente, embora uma questão antiga na assistência a saúde, ainda sofre no campo da formação em saúde com o pouco conhecimento na sua atual conceituação e gerenciamento, a capacitação e sensibilidade docente, os processos de ensino-aprendizagem, a implementação de metodologias ativas, a avaliação continuada dos projetos políticos pedagógicos e o aparelhamento das universidades.

No entanto de maneira não diretiva a segurança do paciente está implícita nas Diretrizes Curriculares Nacionais e nos Projetos Políticos Pedagógicos quando expressam o seu compromisso em formar um profissional crítico e reflexivo para o SUS. Talvez caiba para o cumprimento deste compromisso, maior sensibilidade e interatividade entre os diversos atores sociais envolvidos na dimensão da formação em respeito às necessidades de saúde da população.

Referências

ATTREE, M.; COOKE, H.; WAKEFIELD, A. (2008). Patient safety in naenglish pre-registrationnursingcurriculum. *Nurse EducationPractice*, v. 8, n. 4, p. 239-248.

BARNSTEINER, J. et al. (2012). Diffusing QSEN competenciesacrosschoolsofnursing: the AACN/RWJF FacultyDevelopmentInstitutes. *Journalof Professional Nursing*, v. 29, n. 2, p. 68-74.

BEJARANO, R. C. et al. (2011). La mentoría clínica em el desarrollo competencial de los profesionales de enfermeira; la visión desde el Reino Unido. *Index de Enfermería, Granada*, v. 20, n. 1-2, p. 101-105.

BOHOMOL, E. (2013). O ensino sobre segurança do paciente nos cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia e medicina da Universidade Federal de São Paulo, 2013. 136 p. Relatório de Pesquisa (Pós-Doutorado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2014). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa.

BRASIL. (2001). Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3. Em 7 de novembro/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, Brasília.

BRASIL. (2014). Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O (2004). quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v. 14, n. 1, p. 41-65.

DAUD-GALLOTTI, R. M. et al. (2011). A new method for the assessment of patient safety competencies during a medical school clerkship using an objective structured clinical examination. *CLINICS*, v. 66, n. 7, p. 1209-1215.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. (2013). Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec.

FONSECA, A. S.; PETERLINI, F. L.; COSTA, D. A. (2014). Segurança do paciente. São Paulo: Martinari.

GRILLO, M. J.C. et al. (2013). A formação do enfermeiro e a necessidade de consolidação do sistema nacional de saúde. *Rev. de Enf. e Atenção à Saúde*, v. 2, n. 2 Esp., p. 57-68.

JOHNSTONE, M. J.; KANITSAKI, O. (2007). Clinical risk management and patient safety education for nurses: a critique. *Nurse Education Today*, v. 27, n. 3, p. 185-191.

JORGE, M. S. B; PINTO, A. G. A.; LIMA, L. L.; OLIVEIRA, L. C. In: JORGE, M. S. B; LIMA, L. L.; PINTO, A. G. A. (2012). Caminhos da formação em saúde: políticas, desafios e contradições – ensino, pesquisa, cuidado e gestão. Fortaleza: EdUECE.

LUCCHESI, R.; VERA, I.; PEREIRA, W. R. (2010). As políticas públicas de saúde: SUS como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 3, p.562-566.

OLIVEIRA, J. R.; XAVIER, R. M. F.; SANTOS JUNIOR, A. F.(2013). Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 22, n. 4, p. 671-678.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2011). Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Trad. Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde, Lisboa.

PARANAGUÁ, T. T. B. et al. (2013). Prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma clínica cirúrgica. *Acta Paul. Enfermagem*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 256-262.

ROBSON, W. et al. (2013). Teaching patient safety and human factors in undergraduate nursing curricula in England: a pilot survey. *British Journal of Nursing*, v. 22, n. 17, p. 1001-1005.

SILVA, R. P. G.; RODRIGUES, R. M. (2008). Mudança curricular: desafio de um curso de graduação em enfermagem. *Rev Bras Enferm*, v. 61, n. 2, p. 233-8.

STEVEN A. et al. (2014). Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feelings to learn. *Nurse Education Today*, v. 34, n. 2, p. 277-284.

THORNLOW, D. K.; MCGUINN, K. (2012). A necessary exchange for nurse faculty development: spotlight on quality and safety. *Journal of Professional Nursing*, v. 29, n. 2, p. 68-74.

VAISMORADI, M. et al. (2014). Nursing students' perspectives and suggestions on patient safety: implications for developing the nursing education curriculum in Iran. *Nurse Education Today*, v. 34, p. 265-270.

VAISMORADI, M. (2012). Nursing education curriculum for improving patients safety. *Journal of Nursing Education and Practice*, v. 2, n. 1, p. 101-104.

VAISMORADI, M.; SALSALI, M.; MARCK, P. (2011). Patients safety: nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *International Nursing Review*, v. 58, n. 4, p. 434-442.

VASCONCELOS, M. G. F.; RUIZ, E. M.; FREITAS, C. H. A.; LIMA, L. L. (2012). (Des) integração curricular acadêmica em enfermagem: avanços, desafios e continuidades. In: JORGE, M. S. B; LIMA, L. L.; PINTO, A. G. A. Caminhos da formação em saúde: políticas, desafios e contradições – ensino, pesquisa, cuidado e gestão. Fortaleza: EdUECE.

WACHTER, R. M. (2013). *Compreendendo a segurança do paciente*. 2. ed. Porto Alegre: AMGH.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, World Alliance for Patient Safety. (2011). WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2014 Jul 31]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf

Capítulo 6: Gestão de pessoas no contexto da segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão.
Roberta Meneses Oliveira.
Adriana Catarina de Souza Oliveira.
Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Consuelo Helena Aires de Freitas.
Maria Salete Bessa Jorge.

Introdução

Os profissionais de saúde estão cada vez mais concentrados em promover práticas assistenciais seguras e de qualidade. Conscientes da responsabilidade de prestar um cuidado diferenciado que preserve a individualidade de cada paciente algumas instituições e organizações mundiais têm investido no desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, a fim de explorar e aprimorar estratégias que contribuam para a melhora da assistência prestada.

No âmbito das organizações, a cultura pode ser entendida como o conjunto de pressupostos básicos que um grupo criou, descobriu ou desenvolveu, ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionou bem, o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma 55 correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas.

Para compreender a cultura organizacional, devem ser consideradas as múltiplas situações sociais vivenciadas pelas pessoas de

uma organização dentro de um contexto social único, bem como aspectos históricos da criação e desenvolvimento da instituição. Além disso, torna-se fundamental a compreensão do outro, da sua visão de mundo, da sua cultura, numa relação social e profissional.

No contexto do trabalho em saúde e na enfermagem, a cultura apresenta-se como um sistema complexo que abrange linguagens e códigos, sendo importante compreender as características individuais, a formação profissional do indivíduo, as práticas da instituição e as ações inerentes a cada profissão, considerando a intersecção entre indivíduos e organizações.

As organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para oferecer uma assistência segura e de qualidade, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente. Alcançar esta cultura requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados. (SORRA et. al, 2011). Ques, Montoro e Gonzalez (2010), acrescentam afirmando que esta cultura de segurança exige das organizações sanitárias um trabalho profundo acerca da segurança clínica, com reconhecimento dos erros, mudança de pensamento e o registro correto dos fatos.

Tradicionalmente, a preocupação com a segurança no âmbito dos serviços de saúde é abordada no campo da avaliação tecnológica, como uma subdimensão da eficácia e um dos atributos da qualidade do cuidado propostos por Donabedian. Tendo como pano de fundo os avanços tecnológicos nas áreas clínicas nas últimas seis décadas, a ampliação do acesso aos serviços de saúde ao longo dos anos e a difusão da informação em saúde na era da globalização, passaram por transformações importantes no cenário moderno e competitivo dos sistemas de cuidados em

saúde. Atualmente, a redução da morbimortalidade por diversas doenças contrasta com os riscos elevados inerentes a esses sistemas complexos, com demandas ascendentes e investimentos nem sempre suficientes (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Segundo Reis et al, 2012, a cultura de segurança, aspecto específico da cultura organizacional geral, é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura.

O IOM, em 2001, declara que a cultura da segurança no cuidado em saúde requer três elementos: a crença que, embora os processos de cuidado em saúde sejam de alto risco, eles podem ser planejados para prevenir o dano; um comprometimento ao nível da organização para detectar os erros e aprender com eles; e um ambiente que gerencia os erros quando os trabalhadores conscientemente aumentam os riscos para os pacientes e seus pares.

Avaliar cultura de segurança permite identificar e gerir prospectivamente questões relevantes de segurança nas rotinas e condições de trabalho. Esta abordagem permite acessar informações dos funcionários sobre suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, identificando pontos fracos e fortes de sua cultura de segurança e as áreas mais problemáticas para que se possa planejar e implementar intervenções. Avaliar cultura de segurança pode ter múltiplas propostas: diagnóstico da cultura de segurança e conscientização dos funcionários acerca do tema; avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento ao longo do tempo; comparação com dados internos e externos à organização; e verificação do cumprimento de necessidades regulatórias (REIS et al, 2012).

Uma UTI segura possui algumas características em sua cultura que são apontadas por Castro (2010): liderança firme e respeitosa; comunicação aberta entre todos os membros da equipe multiprofissional; espírito de equipe entre todos os profissionais que trabalham juntos de forma organizada, cooperativa, complementar e responsável; reação rápida e eficiente aos desafios de mudança na busca de novos resultados; estabelecimento de uma cultura de prevenção de riscos por meio da adoção de processos claros e definidos pelos profissionais que executam as ações de saúde; relato sistemático e reação rápida para correção dos eventos adversos, com foco na correção dos processos, baseado no princípio não punitivo, tendo-se em vista que na maioria das vezes os erros são consequência de uma sucessão de 82 eventos e não de um único isolado. Desse modo, dada a complexidade dos tratamentos e a diversidade das intervenções oferecidas em unidades de cuidados intensivos, a atenção à cultura de segurança do paciente é particularmente relevante para o cuidado aos pacientes críticos (MELO,2011).

Dentre os processos de trabalho na saúde a gestão de pessoas traz constantemente mudanças no processo de trabalho do enfermeiro e no produto de suas ações. Sua participação nos modelos de gestão das organizações de saúde nos leva a pensar no caráter complexo e polêmico desta, que, por conseguinte constitui responsabilidade do profissional enfermeiro.

Na última década existe a tendência de promover o envolvimento de todos os níveis da organização, desde o gerencial até os profissionais que atuam na linha de frente, estimulando o reconhecimento das circunstâncias de risco na organização (GALT, PASCHAL 2010).

A gestão de pessoas é definida como o conjunto integrado de atividades de especialistas e gestores que agrega, aplica, re-

compensa, desenvolve, mantém, e monitora pessoas, no sentido de proporcionar competências e competitividade à organização (CHIAVENATO,2010)

Para que seja alcançada uma assistência de qualidade, um dos grandes desafios para o profissional da área, se baseia no controle e na avaliação do contexto das ações de enfermagem. Isto é possível quando se estabelece parâmetros mensuráveis, sendo necessária a implantação e utilização de determinados indicadores para a gestão de pessoas (BECCARIA et al., 2009).

No que tange ao serviço de enfermagem, indicadores relacionados à assistência são amplamente utilizados. Entretanto, no âmbito da gerência e, mais especificamente, no que diz respeito à gestão de pessoas em saúde e em enfermagem, o uso de indicadores não tem sido muito utilizado (VIEIRA; KURCGANT, 2009).

Também é necessária a compreensão dos gestores das instituições de saúde, de que esses erros acontecem porque existem falhas no sistema por eles gerenciado. Sendo a forma mais inteligente de tentar solucionar o problema, diagnosticando as fragilidades existentes em todo o processo e adotando medidas que favoreçam a prevenção de riscos (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010).

Para tanto, este estudo objetivou analisar a dimensões da cultura de segurança relacionados a gestão de pessoas percebidas pelos profissionais de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva que interferem na segurança do paciente

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, onde propõem como descritivo, a caracterização de um determinado fenômeno estudado, população ou

estabelecimento de relações entre as variáveis. Incluem-se neste tipo de pesquisa os estudos que visam levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma determinada população, o que justifica sua utilização como técnica de pesquisa social (GIL, 2008).

Foi realizada em um hospital público de nível terciário localizado na cidade de Fortaleza-CE. Este é considerado o maior do Estado, servindo a população local e, por sua referência e complexidade, também aos estados vizinhos, em diferentes áreas da saúde.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é composta por três setores equipados para o tratamento de pacientes críticos. A UTI 1 possui 14 leitos divididos entre pacientes da neurocirurgia e do transplante. A UTI 2 com 8 leitos destinados a pacientes cirúrgicos. A UTI 3 com 16 leitos para pacientes clínicos. Cada setor tem uma enfermeira coordenadora além das enfermeiras assistenciais e de uma enfermeira coordenadora geral.

A coleta de dados ocorreu durante os meses fev/2013 a setembro de 2014, onde foi entregue o questionário e realizado.

A população que participou da pesquisa foi composta por profissionais de enfermagem que atuam nas unidades de Terapia Intensiva do referido hospital. Segundo dados da instituição, fazem parte destes profissionais 58 enfermeiros e 62 técnicos/auxiliares de enfermagem, distribuídos entre cooperados (COPEN/CE), concursados da Secretaria de Saúde do Estado (SESA/CE) e do Ministério da Saúde (MS). A amostra teve seu cálculo realizado de acordo com a fórmula de cálculo de amostra para população finita, considerando a prevalência de 50% e erro amostral. Foram distribuídos 80 questionários e fechou-se com o quantitativo de 70 questionários recebidos para análise, tendo uma taxa de resposta de 87,5%.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário estruturado elaborado de acordo com a literatura existente sobre o assunto e um questionário da *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, **A coleta de dados consistiu na aplicação da versão traduzida para a língua portuguesa do instrumento HSOPSC** que foi criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos EUA (NIEVA; SORRA, 2003), intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* que envolve as dimensões da cultura de segurança que ocorre no âmbito hospitalar, composta de 42 assertivas, onde foram utilizadas 28 assertivas relacionadas à trabalho em equipe dentro das unidades; expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor / gerente; aprendizado organizacional, melhoria contínua; pessoal; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente; Percepção geral da segurança do paciente.

Para responder às assertivas, foi utilizado escala *Likert* destinada a medir atitudes, opiniões, percepções ou sentimentos, com dois campos de variação, um de concordância e outro de discordância (POLIT; BECK, 2011). A escala possui cinco graus, a saber: discordo fortemente, discordo, nenhum dos dois, concordo e concordo fortemente. Com base na AHRQ, para a análise de frequência foi utilizada uma escala Likert de 3 pontos, combinando as duas variáveis negativas de respostas (discordo fortemente/discordo e raramente/nunca) e as duas variáveis positivas de respostas (concordo fortemente/concordo e na maioria das vezes/sempre), sendo a pontuação média da escala (não concordo nem discordo) uma categoria a parte.

Os questionários aplicados aos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, foram compilados no programa SPSS versão 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences), para análise de associação entre as variáveis da pesquisa, possibilitando a discussão com o apoio de recursos estatísticos.

A AHRQ (2011) apresenta algumas definições para subsidiar o tratamento e análise dos dados que são apresentadas a seguir:

- **Áreas de força:** são os itens onde acima de 75% dos participantes do estudo responderam concordo fortemente/concordo ou maior parte do tempo/sempre para os itens redigidos positivamente (ou de forma positiva) e discordo fortemente/discordo ou nunca/raramente para os itens redigidos negativamente (ou de forma negativa). O ponto de corte de 75% é arbitrário, e o hospital pode optar por destacar pontos fortes usando uma porcentagem de corte maior ou menor.

- **Áreas de melhoria:** caracterizam-se pelas perguntas em que 50% ou menos dos respondentes não responderam positivamente (usando “discordo fortemente” / “discordo” ou “nunca”/ “raramente”) para questões afirmativas, ou usando concordo fortemente/concordo / sempre na maioria das vezes para questões de escore reverso.

- **Áreas neutras:** são as áreas onde a frequência de respostas positivas é inferior a 75%.

- **Positivo/neutro/negativo:** positivo é a porcentagem de respostas que foram classificadas como 4 ou 5 (concordo /concordo fortemente ou na maioria das vezes/sempre) para as afirmações redigidas de forma positiva ou 1 ou 2 (discordo / discordo totalmente) para as afirmações redigidas de forma reversa. Neutro ou não concordo nem discordo, é o percentual de respostas que foram classificadas como 3 (não concordo nem discordo) para qualquer pergunta. Negativo é o percentual de respostas que foram classificadas com 1 ou 2 (discordo fortemente/discordo) para perguntas formuladas positivamente ou em 4 ou 5 (Concordo / concordo fortemente ou na maioria das vezes/sempre) para perguntas redigidas de forma reversa.

- **Frequentemente/às vezes/raramente ou nunca:** frequentemente é a porcentagem de respostas que foram classificadas como 4 ou 5 (na maioria das vezes/sempre) para questões redigidas positivamente ou 1 ou 2 (raramente/nunca) para questões formuladas reversamente. Às vezes é a porcentagem de respostas classificadas de 3 (às vezes) por uma questão de frequência. Raramente ou nunca é a porcentagem de respostas que foram classificadas em 1 ou 2 (raramente/nunca) para perguntas formuladas positivamente ou 4 ou 5 (na maioria das vezes/sempre) para questões reversamente formuladas.

A análise estatística de dados ocorre num movimento de descrição e inferência. Na descrição, busca-se demonstrar as informações estatísticas primárias relativas à amostra e na inferência a generalização das informações amostrais para a população pesquisada (NASSAR et al., 2010). Aprofundou-se a análise com a literatura, buscando as inter-relações do da gestão de pessoas segurança do paciente encontrada no estudo.

O referido estudo trata-se de um recorte de uma pesquisa multidimensional intitulada Segurança no gerenciamento do cuidado de enfermagem: enfoque nos tipos de erros e eventos adversos relacionados à assistência à saúde, cujo estudo possui anuência da Gerência de Enfermagem da instituição e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (protocolo nº77180/12).

Resultados e Discussão

É fato que especialistas em segurança são unânimes em afirmar que a segurança depende, sobretudo, das pessoas e da escolha da gestão implantada, de suas formas de agir e reagir, de

hábitos seguros e de processos de trabalho bem organizados, principalmente na área da saúde, em que os ambientes são altamente complexos e que qualquer equívoco pode causar (VICENT, 2009; REIS, MARTINS, LAGUARDIA, 2013).

A enfermagem é responsável pelo maior contingente da força de trabalho dos estabelecimentos hospitalares, com responsabilidade pela assistência e gestão nas 24 horas. Também é o conjunto de trabalhadores que mais sofre com a inadequada condição de trabalho e com a insalubridade do ambiente. Pelo prisma da gestão de pessoas, faz-se necessário caracterizar esta equipe para se compreender sua importância a interface com a segurança do paciente.

A promoção da cultura de segurança tem se tornado um dos pilares do movimento da segurança do paciente. Nesse sentido, estratégias de avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde têm sido estimuladas, pois, além de tornarem possível a identificação das áreas com necessidade de melhorias e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; também permitem avaliar a efetividade das intervenções e sua segurança ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas (NIEVA; SORRA, 2003).

A gestão de pessoas na percepção dos profissionais de enfermagem

Para gerenciar um hospital precisamos de indicadores e parâmetros das mais variadas áreas, setores (internos) e do meio ambiente (externo). A área de gestão pessoas não poderia ser diferente, temos a necessidade desses indicadores e parâmetros. Gerenciar é decidir utilizando os indicadores e os parâmetros da

organização e seu meio ambiente. Os indicadores e parâmetros devem ser balizadores do processo decisório. Decisões quanto à contratação, à demissão, ao treinamento, à avaliação dentre outros, devem ser fundamentadas em indicadores. No entanto, nossa cultura organizacional, de certa forma, ainda não valoriza a utilização dos indicadores quando das decisões sobre pessoas.

Dimensões e suas variáveis	Respostas Positivas
	%
Trabalho em equipe dentro das unidades	70,5
A1 As pessoas se apoiam mutuamente nessa unidade	77
A3 Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, nós trabalharmos juntos, em equipe, para fazer o trabalho	81
A4 Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito.	86
A11 Quando uma área da unidade fica com sobrecarga de trabalho, as outras ajudam.	56
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	76,7
B1 Meu supervisor/gerente elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente	75
B2 Meu supervisor/gerente leva seriamente em conta as sugestões dos trabalhadores no sentido de melhorar a segurança do paciente	76
B3 Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/gerente quer que trabalhe mais rápido, mesmo que tenhamos que cortar caminhos	78
B4 Meu supervisor/gerente não leva em conta os problemas de segurança que acontecem todo o tempo	78
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	55,6
A6 Nós estamos ativamente fazendo algo para melhorar a segurança do paciente	55
A9 Aqui, os erros têm levado à mudanças positivas	70
A13 Depois que implantamos mudanças para melhorar a segurança do paciente, nós avaliamos sua efetividade.	42
Apoio da gestão para a segurança do paciente	53,6
F1A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente	51

F8 As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é umas das maiores prioridades	49
F9 A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso	61
Trabalho em equipe entre as unidades	51,25
F2 As unidades do hospital não se coordenam entre si de maneira adequada	52
F4 Há uma boa coordenação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar juntas	45
F6 É frequentemente desagradável trabalhar com os funcionários de outras unidades do hospital	56
F10As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para favorecer o melhor cuidado ao paciente	52
Adequação de profissionais	59
A2 Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta do trabalho	27
A5 Os profissionais desta unidade trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	48
A14 Nós trabalhamos em padrão de crise, fazendo muita coisa, muito depressa	90
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	71
Percepção geral da segurança do paciente	50,75
A10 É apenas por sorte que os erros mais sérios não acontecem neste serviço	41
A15 Nós nunca sacrificamos a segurança do paciente para conseguir fazer mais coisas	57
A17 Nós temos problemas de segurança do paciente nesta unidade	51
A18 Nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	54

Tabela 1: Respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do AHRQ e seus respectivos itens componentes na população do estudo. Fortaleza, Ceará, 2014

Fonte: pesquisa direta. 2014

Áreas percebidas como positivas (áreas de força) na unidade de terapia intensiva pela equipe de enfermagem:

Variáveis de forças	% respostas positivas
Trabalho em equipe dentro das unidades	-
A1 As pessoas se apoiam mutuamente nessa unidade	77
A3 Quando muito trabalho precisa ser feito rapidamente, nós trabalharmos juntos, em equipe, para fazer o trabalho	81
A4 Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito	86
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	76,7
B1 Meu supervisor/gerente elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente	75
B2 Meu supervisor/gerente leva seriamente em conta as sugestões dos trabalhadores no sentido de melhorar a segurança do paciente	76
B3 Toda vez que a pressão aumenta, meu supervisor/gerente quer que trabalhe mais rápido, mesmo que tenhamos que cortar caminhos	78
B1 Meu supervisor/gerente elogia quando vê uma tarefa desempenhada de acordo com os procedimentos voltados à segurança do paciente	75

Tabela 2: Variáveis de forças apresentadas em respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do na população do estudo. Fortaleza, Ceará, 2014.

Fonte: pesquisa direta. 2014.

O processo de interação humana está presente em qualquer organização e acaba por influenciar o rumo das atividades e dos seus resultados. Os sentimentos positivos repercutirão de forma favorável no desempenho da equipe, enquanto que os sentimentos negativos provocarão a diminuição da interação, repercutindo de forma negativa no desempenho das pessoas (MOSCOVICI, 2010).

O trabalho em equipe é uma forma de garantir agilidade no desenvolvimento de tarefas, tornando o serviço menos árduo.

Também colabora para que seja evitada a sobrecarga de trabalho. No entanto, para que haja o empenho coletivo é fundamental que o ambiente seja favorável ao desenvolvimento do mesmo. Um dos fatores que pode colaborar para isso é o estímulo, por parte dos gestores, para o bom relacionamento interpessoal (PINHO, 2006).

Na área da saúde, o trabalho em equipe tem se constituído em uma ferramenta indispensável para a atuação dos profissionais. E que uma boa integração entre os trabalhadores potencializa o desempenho de suas atividades, garantindo a qualidade dos serviços prestados. Além de atender as necessidades do serviço e oferecer condições de trabalho adequadas aos profissionais de saúde.

Marta et al. (2010, p. 605) define conflito como um “ desacordo interno ou externo resultantes da diferenças de ideias, valores, culturas ou sentimentos de duas ou mais pessoas.” É considerado inevitável o conflito em um ambiente onde as interações entre pessoas existem. A sua intensidade e a maneira como são tratados esses conflitos, pode ser convertido em benefícios ou não para o ambiente de trabalho.

Para administrar os conflitos nas unidades assistenciais é essencial conhecer a sua origem. Muitas vezes estes surgem a partir de problemas de comunicação, de estrutura organizacional, e comportamento individual.

Na Enfermagem, quando ouvimos falar em equipe, lembramos do grupo formado por enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. Porém, não se sabe até que ponto o trabalho desses profissionais acontece em equipe. Durante as visitas à UTI em estudo, observamos que, o trabalho em equipe, muitas vezes, não corresponde ao que se espera. E atribuímos à dinâmica da uni-

dade, à sobrecarga de trabalho, ao absenteísmo e a outros fatores estressores característicos da unidade a responsabilidade de não ser atingida a excelência do trabalho em equipe.

Entende-se que a compreensão do real significado de equipe é indispensável para um atendimento adequado em saúde, uma vez que este é um dos fatores indispensáveis para se alcançar a qualidade e eficiência da assistência prestada. A equipe pode ser entendida como um instrumento facilitador do cuidado, pois o desempenho e a eficiência são maiores do que a obtida na execução individualizada do trabalho (BEZERRA,*et.al*, 2010).

Diante desse cenário, considera-se que, quando não existe um bom relacionamento entre os membros da equipe, pode haver prejuízo na qualidade da assistência. Onde informações podem ser perdidas, impedindo que o cuidado seja oferecido ao paciente de forma integral por todos os membros da equipe.

As áreas de melhoria (entre 75% e 50% de respostas positivas) se apresentaram em três dimensões, destas que mais necessitam de investimento com (55,6%) é a “**aprendizado organizacional**”, “**adequação de profissionais**”(59%), onde a maioria (A14R) (90%) reporta a ideia “de trabalhar em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido” e a resposta reversa que chamou atenção neste estudo diz respeito ao quadro de pessoal.

Um assunto que merece ser ressaltado, é a “**adequação dos profissionais**”, dimensão que destaca o quantitativo de pessoal, representando um importante indicador de segurança do paciente.

Tabela 3: Dimensões e variáveis classificadas como áreas de melhoria apresentadas em respostas positivas às dimensões da cultura de segurança do na população do estudo. Fortaleza, Ceará, 2014.

Dimensões e variáveis	Resposta positivas %
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	55,6
A6 Nós estamos ativamente fazendo algo para melhorar a segurança do paciente	55
A9 Aqui, os erros têm levado à mudanças positivas	70
A13 Depois que implantamos mudanças para melhorar a segurança do paciente, nós avaliamos sua efetividade.	42
Adequação de profissionais	59
A2 Temos quadro de pessoal suficiente para dar conta do trabalho	27
A5 Os profissionais desta unidade trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados	48
A14 Nós trabalhamos em padrão de crise, fazendo muita coisa, muito depressa	90
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	71
Apoio da gestão para a segurança do paciente	53,6
F1 A administração do hospital propicia um clima de trabalho que favorece a segurança do paciente	51
F8 As ações da administração do hospital mostram que a segurança do paciente é umas das maiores prioridades	49
F9 A administração do hospital parece se interessar pela segurança do paciente apenas depois da ocorrência de um evento adverso	61
Trabalho em equipe entre as unidades	51,25
F2 As unidades do hospital não se coordenam entre si de maneira adequada	52
F4 Há uma boa coordenação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar juntas	45
F6 É frequentemente desagradável trabalhar com os funcionários de outras unidades do hospital	56
F10 As unidades do hospital trabalham bem em conjunto, para favorecer o melhor cuidado ao paciente	52

Fonte: pesquisa direta, 2014.

O estudo também revelou em dois indicadores da dimensão **adequação dos profissionais** que 34 (48%) da equipe de enfermagem afirmaram no item A5R, que na unidade que eles trabalham os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente, e a A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente, fato que revela a precarização do trabalho da enfermagem e demonstra ser uma área a ser melhorada.

Corroborando um estudo realizado na Inglaterra (RAFFERTY et al., 2007) demonstrou que em hospitais onde os enfermeiros cuidam de um número de pacientes bem maior do que o dimensionamento ideal, a taxa de mortalidade foi 26% mais alta do que em hospitais com proporção adequada de profissionais, evidenciando a importância do adequado dimensionamento de pessoal.

Tendo como recomendação pela OMS melhorar o quantitativo de profissionais em todos os turnos e por paciente, reduzir sobrecarga de trabalho, trabalhar de forma tranquila e sem pressão, melhorar a distribuição da carga horária, evitando muitas horas de trabalho, ultrapassando 12h; criar estratégias para reduzir absenteísmo e promover melhores salários e exclusividade (um vínculo).

Para minimizar os riscos aos pacientes críticos, além da adequação do quadro de pessoal, é imprescindível a qualificação dos profissionais de enfermagem que atuam na UTI. Logo, os profissionais de nível médio não deveriam atuar nestas áreas, pois é atividade privativa do enfermeiro realizar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, bem como cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. (INOUE; MATSUDA, 2010).

O dimensionamento de pessoal, por si só, não garante cuidados de qualidade. Quando existe também uma adequação qualitativa de profissionais na UTI, pressupõe que haja um cuidado permanente, com a percepção precoce de problemas e a adoção de condutas com maior agilidade diante das intercorrências detectadas (INOUE, 2008).

Um quadro de pessoal de enfermagem inadequado em qualidade e quantidade gera dificuldades a ser enfrentada pela equipe no desenvolvimento de suas atividades. Isto pode ser convertido em risco para a saúde do paciente e do trabalhador. Foram identificados alguns fatores intervenientes relacionados ao quantitativo de pessoal que interferem na segurança do paciente como: sobrecarga de trabalho, rotatividade de profissionais, absenteísmo, trabalho em equipe e conflitos.

Segundo Nascimento *et. al*(2013), a supervisão das unidades tem papel não apenas no aspecto da administração e da gestão, mas também no gerenciamento da assistência, já que o enfermeiro, como líder de sua equipe, deverá utilizar-se de técnicas e instrumentos que visem a eficiência e efetividade do planejamento, na execução e avaliação destas.

Os assuntos relacionados à carga de trabalho de enfermagem têm sido mundialmente discutidos nas instituições hospitalares, devido às suas fortes implicações na qualidade da assistência prestada, na qualidade de vida dos profissionais e nos custos hospitalares. Nas UTIs, a preocupação com esse tema é ainda maior, pois essas unidades exigem mão de obra especializada e alta tecnologia que onera de modo expressivo o custo da assistência. Além de tratar de pacientes graves com alta dependência de cuidados (COELHO *et. al*, 2011).

Considerando que a carga de trabalho de enfermagem é composta pelo tempo destinado pela equipe para realizar as atividades de assistência direta e indireta ao paciente. Lembrando que estas atividades sofrem a interferência do grau de dependência do indivíduo, da complexidade da doença, das características da instituição, dos processos de trabalho e do perfil dos profissionais da equipe (INOUE; MATSUDA, 2010).

A associação entre a carga de trabalho e a segurança do paciente também foi observada neste estudo. Podemos perceber no gráfico 1 que 54,8% dos profissionais que participaram da pesquisa concordam que trabalham fazendo muita coisa muito depressa e apenas 28,6% discorda. O que é bem característico de unidades que alocam paciente com alto grau de disfunção, pois existe uma elevada quantidade de procedimentos a serem realizados e necessidade de atuação da equipe para realizar as necessidades humana básica por parte dos pacientes.

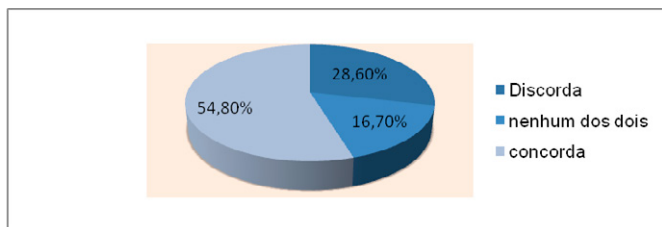
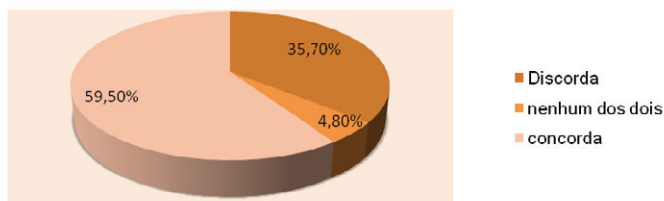


Gráfico 1: Opinião dos profissionais de enfermagem sobre a afirmativa que eles trabalham em padrão de crise fazendo muita coisa muito depressa. Fortaleza/CE, 2013.

Outro questionamento que foi levantado aos participantes foi se a ocorrência de incidentes, na UTI, está fortemente relacionada à sobrecarga de trabalho. Como podemos observar no gráfico 2, 59,5% dos participantes concordaram e 35,7% discordaram. Baseado nos dados encontrados, podemos afirmar que, na

UTI em estudo, existe sobrecarga de trabalho, e que este fato está fortemente relacionado com a ocorrência de incidentes. Entende-se que a sobrecarga de trabalho compromete a segurança dos pacientes internados na unidade.

Gráfico 2: Opinião dos profissionais de enfermagem sobre a afirmativa que a ocorrência de incidentes está fortemente relacionada à sobrecarga de trabalho. Fortaleza/CE, 2013.



O estudo de Magalhães; Agnol e Marck (2013) também concorda que a sobrecarga de trabalho é causa importante para a ocorrência de eventos adversos e erros humanos ocasionados pela pressa. O mesmo autor comprovou que a elevada carga de trabalho da equipe de enfermagem favoreceu ao aumento de quedas do leito e de infecções relacionadas ao cateter venoso central. Demonstrando que o aumento do número de pacientes por enfermeiro, ou técnico/auxiliar de enfermagem, aumenta a incidência desses indicadores, tendo impacto negativo na segurança do paciente. Logo, o dimensionamento adequado do pessoal de enfermagem que corresponde a menores taxas de paciente/profissional, resulta na redução da incidência de eventos adversos.

Um fator que pode contribuir para a sobrecarga de trabalho está relacionado com o método de classificação de pacientes que é utilizado. Quanto se avalia a necessidade de assistência sem

considerar as condições que se têm para atendê-lo. Isso pode contribuir para que haja um quantitativo aparentemente insuficiente para prestar uma assistência de qualidade, o que poderia ser revertido com melhores condições de trabalho (MAGALHÃES; AGNOL; MARCK, 2013).

Costa (2008), em seu estudo, identificou que existe sobrecarga de trabalho nas UTIs. O mesmo autor concordou que as condições de trabalho inadequadas interferem na carga de trabalho dos funcionários e que a sobrecarga causa problemas de saúde tanto físicos quanto psíquicos. Também diz que essa sobrecarga tem relação com as questões relacionais e de processo de trabalho.

O enfermeiro como gerente do serviço deve tomar decisões, controlar, administrar e manter a equipe satisfeita e produtiva. Além de evitar os conflitos. Porém, quando estes surgem, o enfermeiro deve intervir usando sua sensibilidade, conhecimento e habilidade para adotar uma medida resolutiva (MARTA et al., 2010). No estudo a equipe de enfermagem revelou expectativas de relação positiva para a implementação da cultura de segurança menor que a recomendada pela AHRQ(2003).

Os profissionais de saúde podem se sentir frustrados, quando percebem que suas angústias e necessidades não são percebidas pelos gestores, que em algumas situações não valorizam seu trabalho e continuam a exigir maior produtividade. Muitas vezes, desconsideram que os profissionais de saúde são trabalhadores como qualquer outro e precisam de motivação para desenvolver um trabalho de qualidade que também lhes dê satisfação.

As relações interpessoais precisam ser preservadas para que haja o desenvolvimento eficaz das atividades, pois procedimentos a serem realizados são complexos e as tomadas de decisões são conflitantes. Para que as relações interpessoais não sejam afetadas é

preciso que exista esforço, dedicação, colaboração mútua e a compreensão por parte dos profissionais (KALISCH; LEE, 2010).

O modelo administrativo também se mostrou bastante relevante como fator crítico, indicando que as ações da administração do hospital não mostram que a segurança do paciente é umas das maiores prioridades e que só vai atentar para o assunto depois que evento adverso acontece, propiciando um clima pouco favorável ao desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente.

Segundo a OMS (2009), a Cultura de Segurança esse trabalho é um produto das atitudes da gestão e dos trabalhadores e do valor que é dado ao risco e a segurança. Ele classifica como dimensões da cultura de segurança: o compromisso da gestão com segurança, práticas de trabalho relacionadas à segurança, priorização das regras de segurança, aderência aos padrões, elaboração de relatórios de erros e incidentes, o se falar de segurança.

Diante do exposto, percebe-se que a avaliação contínua dos resultados das ações, a implementação da gestão participativa e a melhoria das condições de trabalho são fundamentais para o alcance de resultados positivos na saúde. Dessa forma a segurança dos pacientes e a qualidade de vida dos trabalhadores serão garantidas.

As debilidades (aspetos críticos/problemáticos) concentram-se, fundamentalmente, nas variáveis: com (35,2%) a **dimensão de “respostas não punitivas aos erros”**, (29,6%) a **“frequência de relato de eventos”**, e a dimensão mais crítica encontra-se com (26,6%) na **“abertura da comunicação”** onde a maioria dos entrevistados (36,4%) relata (C6R) “ter receio de perguntar, quando algo parece não estar certo”.

De acordo com Pinho (2006) uma equipe bem estruturada representa a forma mais eficiente de concentrar habilidades

humanas. Uma vez que, quando os membros da equipe têm uma visão global e coletiva do trabalho, existe o compartilhamento de tarefas e a cooperação mútua, graças ao interesse em alcançar metas e objetivos comuns. Fato que chama atenção neste estudo é a dificuldade da equipe em trabalhar com profissionais de outras unidades.

No contexto da UTI, a relação existente entre a equipe de enfermagem pode ser afetada pelos estresses do ambiente. A atuação da equipe de enfermagem é muito importante para o processo de reestabelecimento da saúde dos pacientes. Mas para oferecer aos pacientes e seus familiares um atendimento integral e de qualidade, a enfermagem precisa trabalhar em equipe, demonstrando que as ações desenvolvidas são da equipe de enfermagem como um todo e, não de apenas um indivíduo.

A intensidade das trocas entre os profissionais e o grau de relação real entre as disciplinas, durante o entendimento e resolução dos problemas é que caracterizam a interdisciplinaridade. As trocas de idéias, de informações e o despertar para uma visão crítica favorecem um trabalho integrado.

Por isso, é tão importante que os gestores concedam aos seus trabalhadores satisfação consigo mesmo e com a instituição, para que seja ampliada a sua auto-estima e a percepção da sua contribuição social dentro do contexto saúde (PORTO; WALDMAN,2007)..

As condições de trabalho da equipe de enfermagem, principalmente nos hospitais, são defendidas por Medeiros et. al, 2006, quando considera-as impróprias no que concerne às especificidades do ambiente gerador de riscos à saúde. A remuneração inadequada, a acumulação de escalas de serviço, o aumento da jornada de trabalho, as características tensiógenas dos serviços de

saúde (tanto pela natureza do cuidado prestado às pessoas em situações de risco quanto pela divisão social do trabalho), a hierarquia presente na equipe de saúde e o desprestígio social, entre outros fatores, associam-se às condições de trabalho da equipe de enfermagem e refletem-se na qualidade da assistência prestada ao usuário e no sofrimento psíquico dos profissionais

Na maioria das dimensões avaliadas em todas as unidades/áreas apresentaram resultados pouco consistentes com uma cultura de segurança, conforme limite de 75% estabelecido pela AHRQ, que admite ser arbitrário podendo-se adotar outros parâmetros (SORRA, NIEVA, 2004). Apesar disso, foram identificados alguns itens com percepções favoráveis dentre os demais, tais como trabalho em equipe, tendência também de outros estudos (SORRA et al., 2011; PANOZZO, 2007).

Conclusão

No que diz respeito foi percebido pela equipe de enfermagem que as dimensões relacionadas à gestão de pessoas tem fortes correlações com a segurança do paciente, identificando (in) adequação de pessoal onde a sobrecarga de trabalho, rotatividade de profissionais de enfermagem, absenteísmo, trabalho em equipe e conflitos estavam fortemente inseridos nesse contexto.

Com relação à sobrecarga de trabalho, identificamos que 90,9% dos profissionais de enfermagem concordaram que trabalham fazendo muita coisa muito depressa. E 73% concordou que a ocorrência de incidentes, na UTI, está fortemente relacionada ao dimensionamento de pessoal inadequado. Diante dessas informações podemos dizer que a carga de trabalho da unidade precisa ser avaliada para melhor distribuição

O cuidado intensivo carrega consigo características que podem aumentar as chances para ocorrência de erros. Essas características também podem desencadear uma forma de relacionamento em equipe, comunicação, atitudes e ações peculiares aos grupos que atuam nesse ambiente. É provável que essas peculiaridades possam ter determinado as similaridades entre as s UTIs para as dimensões avaliação do trabalho em equipe, percepção geral de segurança e frequência de eventos relatados. Por outro lado, diferenças significativas foram encontradas em relação as dimensões pessoal demonstrando prioridades de segurança do paciente para cada uma das UTIs.

Deve-se destacar que o papel do supervisor/ gerente, no caso desse estudo os enfermeiros de turno e chefias das unidades, também é fundamental para a segurança do paciente, pois além de funcionarem como canais de comunicação entre hierarquias superiores e profissionais da linha de frente e vice-versa, podem exercer importante atuação junto às equipes promovendo treinamentos, iniciativas e demonstrado atitudes voltados para a segurança do paciente.

É importante que os profissionais de enfermagem bem como, todos os profissionais da saúde promovam uma transformação concreta com relação ao discurso sobre segurança existente atualmente, direcionando suas atitudes para construção de um caminho sólido onde está garantida uma assistência de saúde mais segura principalmente para as populações de risco. Sendo assim, a produção deste trabalho, deve subsidiar o planejamento de futuras intervenções que poderão modificar o cenário atual da prática do cuidado.

Referências

AHRQ (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY). (2011). At A Glance. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011a. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/about/ataglance.htm>>. Acesso em: 07 novembro 2014.

_____. Hospital survey on patient safety culture. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011b. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospindex.htm>>. Acesso em: 10 novembro 2014.

BECCARIA LM, PEREIRA RAM, CONTRIN LM, LOBO SMA, TRAJANO DHL. (2009). Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* Jul-Ago; 21(3):276-82.

BEZERRA FD, ANDRADE MFC, ANDRADE DE JS, VIEIRA MJ, PIMENTEL D. (2010). Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 63(1):33-7.

CASTRO, J. E.C. et al. (2010). *Gutis: Guia da UTI Segura*. 1. ed. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Disponível em: . Acesso em: 07 novembro 2011.

CHIAVENATO, Idalberto. (2010). *Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 3º ed.- Rio de Janeiro: Elsevier.

COLI RCP, ANJOS MF, PEREIRA LL. (2010). Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 18(3).

COSTA, A.G.S. et al. (2010). Identificação do risco de quedas do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. *Esc Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715826005.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2014

GALT KA, PASCHAL KA. (2010). Foundations in patient safety for health professionals. Massachusetts (US): Jones & Bartlett Learning.

GIL, Antônio Carlos. (2008). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6. ed. São Paulo: Atlas. 220p.

INOUE, K.C, MATSUDAL, L.M., PETRY, D.M.,SILVAL,P. TAQUECO, T.U. FREITAS, T.A. (2008). Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva enfermagem em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm, Brasília. 61(2): 209-14.

IOM (INSTITUTE OF MEDICINE). (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press.360p.

KALISCH,BJ.LEE,H. (2010).Nursing staff teamwoork job satisfation.J nurs Manag,18(8) 939-47.

MARTA CB, LACERDA,AC.CARVALHOAC;STIPP,MAC;LEITE,-JL. (2010). Gestão de conflitos:competência gerencial do enfermeiro. R. pesq.: cuid. fundam. online 2(Ed. Supl.):604-608.

MELLO, JF. (2011). Cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva da enfermagem [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina.

MOSCOVISCI, F. (2003). Equipes dão certo: aa multiplicação do talento humano. 5ª ed. Rio de Janeiro.

NASCIMENTO, V C et al. (2014). Comunicação entre médicos e enfermeiros como instrumentobásico do cuidar dentro da unidade de terapia intensiva EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 18, Nº 190. <http://www.efdeportes.com/> <http://www.efdeportes.com/efd190/comunicacao-entre-Medicos-e-enfermeiros.htm>

NASSAR, S.M et al. SStatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis - SC, Brasil. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 24 de novembro 2013

NIEVA VF;SORRA JS,. (2003). Hospital survey on patient safety culture. Rockville (US): Agency for Healthcare Research and Quality; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS (2009). Guia para implementação: uma guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores. AN-VISA, Brasília, DF, 63 p.

PANOZZO, S.J. (2007). Lessons to be learnt: evaluating aspects of patient safety culture and quality improvement within an intensive care unit. 417p. Thesis (Doctor of Philosophy) - University of Adelaide, School of Psychology.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. (2011). Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem. Tradução de Regina de Sales. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 670p.

PINHO, MCG. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidade de atuação eficaz. *Ciência e Cognição*, v8,68-87.

PORTO S, MARTINS M, MENDES W, TRAVASSOS C. (2010). A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. *Rev Port Saúde Pública*; Vol Temat(10):3-10.

QUES, Á.A.M. ; MONTORO, C. H. ; GONZÁLES, M. G. (2010). Fortaleza e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, v.18, n. 3. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_07.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

RAFFERTY, A.M. et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, v. 44, p.

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica and LAGUARDIA, Josué. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.18, n.7, pp. 2029-2036. ISSN 1413-8123.

SORRA, J.S. et al. (2011). Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: < <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/>>. Acesso em 10 de novembro de 2014.

VIANA, R.A.P.P.; VARGAS, M.A.O; CARMAGNANI, M.I.S; TANAKA, L.H.; LUZ, K.R.; SCHMITT, P.H. (2014). Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. *Texto Contexto Enferm.*, v. 23, n. 1, p. 151-159. Florianópolis.

VIEIRA,APM;KRCGANT,P. (2010). Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 23(1):11-5.

VINCENT, C. (2009). *Segurança do paciente*. São Paulo: Yendis. Tradução de Rogério Videira

PARTE III: EXPERIENCIAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

“Um defeito pode ser um tesouro. O descobrimento da imperfeição nos brinda a possibilidade de reduzir o espaço que nos separa da excelência” (BERWICK, 1995).

“Aquellos que tienen el privilegio de saber, tienen la obligación de actura” (ALBERT EINSTEIN).

Capítulo 7: Indicadores de Boas Práticas em Segurança do Paciente (ISEP): Experiência no desenvolvimento e validação na Espanha e Brasil

Zenewton André da Silva Gama.

Pedro Jesús Hernández Saturno.

Johnnatas Mikael lopes.

Denise Nieuwenhoff Cardoso Ribeiro.

Nathanny Ferreira Moutinho.

Historicidade da Medição da Segurança do Paciente

O monitoramento de indicadores é uma atividade planejada e sistematizada que objetiva identificar problemas ou situações que devem ser analisados de forma aprofundada ou ser objeto de intervenção para melhoraria. Podem ser utilizados pelo próprio serviço de saúde ou por organismos externos do sistema de saúde, servindo para controlar a efetividade de eventuais intervenções ou comparar instituições (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010).

Mensurar a segurança do paciente a partir de uma perspectiva integral tem sido uma preocupação recente (VINCENT ET AL, 2013). Isto parece ter vindo à tona com a falta de evidências demonstrada pelo enfoque de monitoramento de eventos adversos, uma prática de segurança comum, porém considerada complexa, desde a identificação do evento até a implantação de práticas preventivas específicas. Esta estratégia demonstra ser pouco efetiva, de custo elevado e com potenciais efeitos nocivos ligados à tomada de espaço de outras práticas eficazes (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY,2003). A preocupação nesta situação é tornar o monitoramento da segu-

rança um exercício de contar casos que não levam a investigação e intervenção para a melhoria da segurança.

Mesmo assim, existem muitos tipos de indicadores (MAINZ,2003), mas os mais prevalentes, no que diz respeito à segurança do paciente, são:

(1) Eventos sentinela, propostos pela *Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations* (JCAHO) e utilizados no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

(2) Indicadores de rastreamento (*Triggers*), desenvolvidos pelo *Institute of Health care Improvement* (IHI) dos Estados Unidos (CLASSEN ET AL, 2008) e também utilizados em diversos estudos, inclusive reproduzidos no Brasil, no estudo de Mendes et al.(MENDES ET AL, 2009);

(3) Indicadores de resultado, presentes em iniciativas internacionais de grande relevância como os indicadores de segurança do paciente da *Agency for Health care Research and Quality* (AHRQ) dos Estados Unidos (AHRQ, 2003) e do grupo de trabalho da *Organization for Economic Co-operation and Development* (OCDE) (Kelley & Hurst, 2006) parcialmente baseada nos desenvolvidos pela AHRQ.

Todos estes focam a contagem e expectativa de ausência de eventos adversos. Os indicadores de resultado são coletados através dos códigos de alta dos pacientes internados e se referem a complicações e eventos adversos, inclusive óbitos. Isto torna imperativa uma série de ajustes para que os dados sejam interpretados corretamente, o que dificulta sua avaliação pela necessidade de coletar vários dados extras para o ajuste, ou seja, ao avaliar estes indicadores são necessários outros dados além do numerador

e denominador incluídos na definição do mesmo. Outras limitações importantes são seus problemas de validade relacionados com a variabilidade na codificação e a pouca evidência de sua relação com o processo assistencial, e a relativa pouca frequência de alguns eventos medidos, o que os tornam pouco úteis para os estabelecimentos individuais, sendo mais apropriados para análise agregada regional ou estadual (AHRQ, 2007).

Atualmente, no Brasil, ANVISA exige a notificação mensal da avaliação dos indicadores de resultado sobre infecção primária de corrente sanguínea em todos os estabelecimentos de saúde com 10 (dez) ou mais leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (ANVISA 2009). Segundo o site da ANVISA, progressivamente, outros indicadores de infecções serão incluídos como infecção do trato respiratório, de sítio cirúrgico, do trato urinário e outros, sendo objetos de monitoramento nacional. Sobre este tema, vale destacar a consciência sobre a importância de complementar os indicadores de resultado com avaliações da adesão ao processo de prevenção das infecções. Este tema é fortemente enfatizado em um trabalho do *Center for Disease Control and Prevention* (KIBBEN ET AL, 2005) e a ANVISA também tem publicado indicadores deste tipo, que serão melhor explicados abaixo (ANVISA, 2009).

(4) Indicadores de boas práticas: Um enfoque alternativo ou complementar, embora ainda pouco aplicado. É a medição baseada em aspectos da estrutura e do processo assistencial que estão provados cientificamente que se relacionam com a segurança. Desta forma, se os indicadores acusam que estas estruturas não estão presentes ou os processos não se realizam nos casos apropriados, equivale a risco desnecessário no serviço de saúde (ANVISA, 2013; PORTARIA Nº529, 2013).

Esses indicadores são mais fáceis de interpretar e comparar, seus problemas de validade são menores, proporcionalmente ao nível de evidência que os sustentam. Adicionalmente, sua informação é especialmente útil porque informam de forma direta os elementos da estrutura e processo que devem ser modificados para melhorar a segurança. Por isso que eles foram selecionados para ser foco do projeto ISEP.

A partir de agora, iremos nos debruçar sobre a forma como os indicadores de boas práticas foram construídos.

As Boas Práticas em Segurança do Paciente.

O ponto de partida para a elaboração dos indicadores e documento base para dos projetos ISEP é o *Safe Practices for Better Health Care*, elaborado pelo NQF em 2003 (NATIONAL QUALITY FORUM, 2003) e atualizado em 2006, 2009 e 2010 (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010). Neste documento, um grupo de trabalho que contou com uma ampla participação científica e institucional resumiu as práticas assistenciais com alta prioridade de implementação, tendo em vista as evidências da sua efetividade para diminuir os incidentes de segurança do paciente, assim como o seu potencial de generalização.

Outra referência chave que foi considerada tanto para o NQF como para os projetos ISEP, foi a revisão sistemática *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices* (AHRQ, 2013) (SHEKELLE ET AL, 2013).

PROJETOS ISEP-ESPANHA E ISEP-BRASIL

O Projeto ISEP Espanha foi realizado em 2005-2008 pela *Universidad de Murcia* sob a direção científica do Dr. Pedro Saturno, com convênio e financiamento da *Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud*.

O Projeto ISEP Brasil foi realizado no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob a coordenação do Dr. Zenewton Gama, em parceria com a *Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública* da *Universidad de Murcia* (Espanha). Ocorreu no período de abril de 2012 a julho de 2014, sendo financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Norte (FAPERN) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

Etapas dos Projetos ISEP

Os projetos ISEP foram desenvolvidos em três etapas cada um, porém estas se diferem em cada país, conforme figuras 1 e 2. O projeto ISEP Brasil representou um desdobramento e aprofundamento do ISEP Espanha, por isso foi utilizado como base seu produto de indicadores e as correspondentes ferramentas e estratégias de medição, porém foi desenvolvido em etapas diferentes.

As figuras a seguir representam de forma ilustrativa as fases de cada projeto:

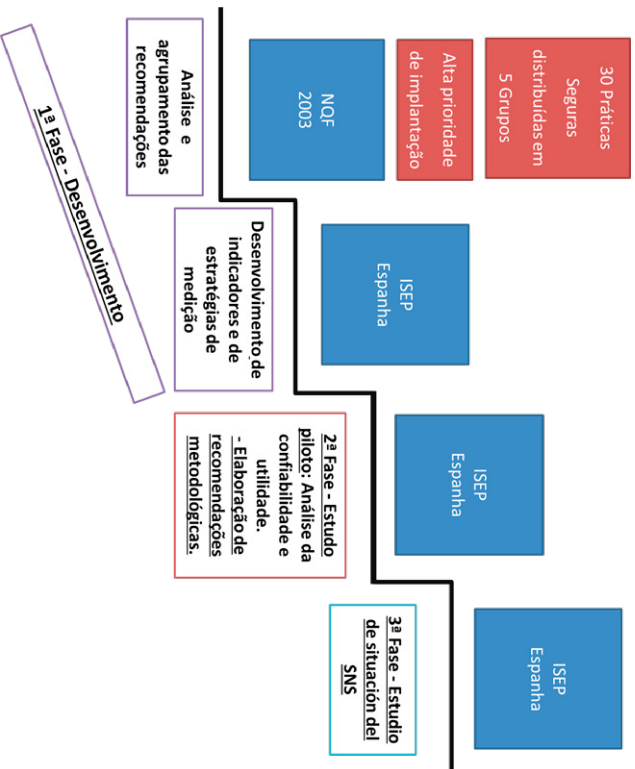


Figura 1 – Representação das fases do projeto ISEP Espanha

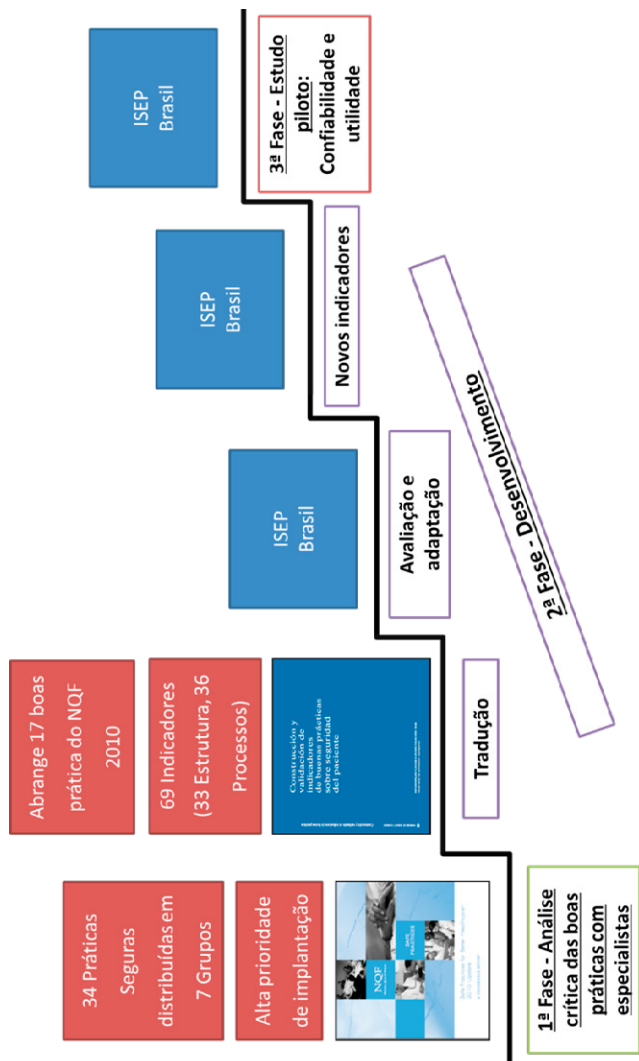


Figura 2 – Representação das fases do projeto ISEP Brasil

COMITÊ DE ESPECIALISTAS PARA DESENVOLVIMENTO DE INDICADORES

Na experiência espanhola, um grupo de trabalho multidisciplinar de 9 especialistas, representando os campos específicos que abrangem a maioria das recomendações (enfermeiros, farmácia hospitalar, UTI, cirurgia, gestão da qualidade), com experiência no manejo de indicadores, foram responsáveis pela formulação de indicadores, pela discussão sobre a sua aptidão para o sistema de saúde espanhol, e a conveniência de vários métodos de medição.

O projeto brasileiro contou com um Grupo Técnico de especialistas composto por 25 profissionais da gestão e assistência à saúde. Todos foram distribuídos de acordo com sua afinidade temática e experiência assistencial dentro das atividades do projeto. Em função das características das recomendações do NQF a serem avaliadas, foram constituídos cinco subgrupos denominados: Gestão, Médicos, Enfermeiros, Farmácia e Infecções.

Fase de Desenvolvimento dos Indicadores

A fase de construção de indicadores corresponde à primeira fase do projeto espanhol. Nela, as recomendações contidas no documento *Safe Practices for Better Health Care* foram analisadas e agrupadas de acordo com as suas principais características, tais como: (i) grupo principal a que se referem (identificado no próprio documento: segurança, cultura, capacidade/recursos das instituições, comunicação/informação, uso de medicamentos, situações clínicas específicas), (ii) de referência a fatores estruturais ou de processo, e (iii) metodologia mais adequada para a medição da implementação da Boa Prática.

As práticas seguras propostas pelo NQF foram divididas entre os participantes do grupo de trabalho de acordo com sua área profissional. Estes tinham a função de construir os indicadores correspondentes, obedecendo aos seguintes princípios:

- Os indicadores deviam traduzir as recomendações do NQF em elementos mensuráveis do seu grau de implantação.
- Precisam ser indicadores de estrutura e processo que reflitam o que os hospitais necessitam desenvolver para promover segurança de acordo com as recomendações do NQF.
- Ser embasadas em evidência científica publicada, revisando e atualizando de acordo com o NQF.
- Devem tentar ser parcimoniosos, limitando ao máximo possível o número de indicadores por recomendação.
- Levar em conta a factibilidade da sua medição.

Após estas recomendações, os membros da equipe elaboraram e apresentaram os seus indicadores para averiguação de conformidade e discussão (KANSAGARA, 2013). Em sucessivas discussões refinou-se a quantidade, o tipo e a forma de mensuração dos indicadores. Em virtude, da variedade de demandas, estabeleceram-se as seguintes estratégias de mensuração dos indicadores:

- Os indicadores medidos por meio de entrevista estruturada.
- Os indicadores medidos pela auditoria (existência e do conteúdo de determinados documentos).
- Os indicadores medidos por inspeção ou valorização de certos aspectos ou situações prevalentes estruturais.

- Os indicadores medidos pela observação.
- Os indicadores medidos pela revisão de prontuários.
- Os indicadores medidos pela revisão de documentos.

Para aqueles em que foi visto necessário (inspeção, observação, indicadores compostos) foram desenvolvidas ferramentas para a coleta de dados.

Por apresentar um contexto sanitário diferente, o projeto brasileiro procurou utilizar como referência o produto de indicadores e as correspondentes estratégias de medição e instrumentos para coleta de dados espanhóis, adaptando-os transculturalmente e desenvolvendo novos, de acordo com a realidade brasileira.

Anterior à fase de desenvolvimento de indicadores, a primeira etapa foi a de revisão e análise crítica das recomendações internacionais de práticas em Segurança do Paciente. Esta teve por objetivo principal aprofundar o conhecimento do grupo técnico a respeito das recomendações de segurança do paciente do documento de consenso do NQF “*Safe Practices for Better Health Care - 2010 Update*” (NATIONAL QUALITY FORUM, 2003). De forma complementar, realizou-se uma análise crítica das recomendações internacionais em relação à sua relevância para o contexto brasileiro. Ocorreu em um evento internacional (Brasil-Espanha) intitulado “Ciclo de Estudos sobre Boas Práticas para a Segurança do Paciente: Apresentação e análise crítica das recomendações do *National Quality Forum* (NQF)” na cidade de Natal/RN - Brasil.

A construção dos indicadores do projeto ISEP-Brasil teve duas fontes: (1) tradução dos indicadores do projeto ISEP-Espanha, que foi realizada por dois pesquisadores brasileiros profissionais de saúde com proficiência em espanhol; e (2) desenvolvimento de indicadores novos a partir das recomendações do

NQF 2010, que foi realizada pelo Grupo Técnico do Projeto ISEP-Brasil.

Os indicadores traduzidos foram analisados e adaptados pelo comitê técnico ao contexto brasileiro, adaptaram-se também, os métodos e estratégias de medição utilizados no ISEP Espanha, como também as ferramentas de coleta de dados.

Para a etapa de desenvolvimento, foram utilizados os mesmos princípios da metodologia da Espanha para construção de indicadores, conforme citado acima. Objetivou abranger o maior número de recomendações do NQF, prioritariamente as que não tinham sido contempladas no projeto espanhol e as recém-inseridas no documento de 2010. Teve por objetivo criar pelo menos um indicador de estrutura e outro de processo para cada recomendação na revisão crítica da fase anterior, como também estabelecer uma estratégia de medição e desenvolver uma ficha de coleta de dados, caso necessário.

Para todos os indicadores, foi preenchida uma ficha, baseada na versão da Espanha, com informações como: título do indicador; medida; justificativa da importância da sua utilização para medir a Segurança do Paciente; tipo de dado (estrutura ou processo); fonte do dado (que se refere ao método e a estratégia de medição, seja questionário aos profissionais de saúde, documentos fornecidos pelo hospital, prontuário, observação direta ou entrevista); numerador e denominador que descreve a fórmula para cálculo para os indicadores de processo; documentações de evidências; e observações com comentários e esclarecimentos relevantes.

A análise da validade dos indicadores adaptados e desenvolvidos foi realizada por cada subgrupo do grupo técnico e finalizada em consenso com a coordenação do projeto. Tomou por base

as recomendações do NQF, revisão bibliográfica sobre o tema e as fichas dos indicadores traduzidos e propostos pelo grupo.

Tal análise seguiu um conjunto de critérios que foram incluídos em um instrumento de avaliação padrão que contemplava a validade de face (indicador claramente relevante?), validade de conteúdo (indicador mede segurança do paciente?), validade de critério (indicador avalia uma recomendação baseada em evidência do NQF?). Outros critérios avaliavam fatores relacionados com a confiabilidade (indicador com linguagem clara e terminologia correta?) e viabilidade (indicador viável no contexto brasileiro?; indicador possível de avaliar com a estratégia de medida indicada?). Para cada proposta de indicador, o grupo atribuiu uma pontuação de 1 a 5 em tais critérios, em que 1 significa “definitivamente não”, 2, “provavelmente não”, 3 “indiferente”, 4, “provavelmente sim” e 5, “definitivamente sim”. Após votação individual e consenso, calculava-se a mediana para cada indicador. Indicadores que não atingissem pontuação máxima passavam por nova discussão e eram aprovados somente com pontuação mediana de 4 ou 5.

Com respeito à validade de critério, o grupo técnico foi orientado a incluir referências bibliográficas recentes que os embasassem enquanto Boa Prática. Sistemáticamente, foram consideradas as referências do NQF 2010, da revisão sistemática da AHRQ, além de eventuais buscas em bases de dados.

Estudos Piloto na Espanha e no Brasil

Esta etapa consistiu na pilotagem das ferramentas e estratégias de medição, avaliação da confiabilidade dos indicadores, elaborar a sua versão final, e manual de recomendações metodo-

lógicas sobre estratégias de medição para uso rotineiro na melhoria da gestão interna segurança do paciente.

Para avaliar os vários aspectos de confiabilidade, viabilidade e utilidade dos indicadores, foi produzido um estudo piloto nos hospitais do Serviço Murciano Saúde, Virgen de la Arrixaca, Morales Meseguer e Reina Sofía, de março a setembro de 2006. O piloto foi realizado por dois revisores enfermeiros qualificados que não participaram da elaboração de indicadores, para garantir que os conceitos e termos que contêm indicadores e instruções de medição são entendidos corretamente para a sua aplicação na prática, bem como servir imparcialmente como base para cálculos de confiabilidade (índice de Kappa).

Dadas as diferenças entre os diferentes tipos de indicadores, quatro estudos foram conduzidos em paralelo, que podem ser resumidas como se segue:

- A primeira recomendação do documento e os primeiros valores dos indicadores referem-se à cultura de segurança do paciente, a qual passou a constituir um projeto separado. Utilizamos a pesquisa da AHRQ como ponto de partida, adaptando e validando para o contexto espanhol. Os demais indicadores deste grupo foram adicionados a esta pesquisa, mas são analisados separadamente como indicadores independentes.

- Entre as 30 recomendações, 20 indicadores são considerados componentes suscetíveis a verificação por meio de auditoria, inspeção ou entrevista. Entre eles, destacam-se vários padrões e protocolos relevantes para a segurança do paciente e outros indicadores sobre a utilização segura dos medicamentos. As ferramentas desenvolvidas para testes contêm indicação expressa dos lugares para visita e as pessoas, nesse caso, que seriam entrevistadas.

- No grupo de indicadores medidos pela revisão de prontuários médicos, estão incluídas as atividades de prevenção para situações clínicas específicas. Para alguns deles, por exemplo, a prevenção da infecção da ferida operatória, a prevenção de escaras, desnutrição e outros, estabeleceu-se indicadores que foram criteriosamente analisados e eventualmente adaptados.

Este grupo é o mais complexo, uma vez que são oito pessoas diferentes o alvo da análise. Mas também possibilita uma visibilidade imediata e de maior nível de compreensão por parte da equipe médica, pois permite observações diretas de ações clínicas, cujo impacto no paciente é bem conhecido e estudado.

Geralmente, para a avaliação destes indicadores de amostragem em LQAS (Lote de aceitação da amostra Qualidade) é usado para ARE-a 85%, um limiar de 55%, um erro de $<5\%$ e $\beta <10\%$. A amostra necessária para estes casos é de 17 casos em que você tem que encontrar um mínimo de 12 elogios para aceitar o cumprimento da norma. Estávamos conscientes de que a norma pode parecer baixa, mas de acordo com dados do piloto, é um objetivo ainda não alcançado. Esta metodologia utiliza dos princípios da distribuição binomial para identificação e inferência sobre aspectos problemáticos a partir de amostras pequenas.

Para todos estes indicadores, bem como para aqueles cujos dados são coletados por meio de revisão de documentos, por exemplo, documentos radiográficos, ou estruturados como a conservação e armazenamento de medicamentos, o índice Kappa de confiabilidade da inspeção entre observadores foi calculado com base em dados extraídos de forma independente por dois revisores que realizaram o trabalho de campo para o piloto.

- Por fim, o último estudo foi referente a observação das etapas/atividades para lavar as mãos e alguns aspectos relaciona-

dos com a prevenção do uso de infecção do cateter venoso central é incluído para medição por acompanhamento/observação.

Igualmente, no projeto ISEP-Brasil, os indicadores aprovados na análise da validade foram submetidos a uma avaliação empírica de sua viabilidade e confiabilidade em uma amostra de três hospitais. As instituições eram localizadas no município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, geridos por instâncias diferentes (Federal, Estadual e Privada). A instituição federal é um hospital geral sem pronto atendimento, de ensino e tem 250 leitos. O privado é hospital geral com pronto atendimento, possui acreditação nível 1 da Instituto Qualisa de Gestão (IQG) e tem 87 leitos. O estadual é hospital geral com pronto atendimento e tem 325 leitos.

Os responsáveis pela coleta de dados foram de características semelhantes ao do projeto espanhol e foram estabelecidos os mesmos métodos de medida para cada conjunto de indicadores brasileiros.

PRINCIPAIS RESULTADOS ISEP

ISEP Espanha

Após o processo de desenvolvimento e pilotagem dos indicadores para 25 das 30 recomendações do documento proposto pelo NQF. Foram excluídas cinco recomendações pelos seguintes motivos:

- Não ser aplicado ao meio ambiente, por exemplo, os médicos de UTI com formação específica, que é obrigatório no nosso país, e de informação sobre os riscos em comparação entre os diferentes centros para selecionar.

- Evidência controversa e sujeita a muitas especificações que tornam muito difícil formular e medição dos indicadores. A exemplo, prescrições informatizados, as intervenções de beta-bloqueadores em pacientes com risco cardíaco e prevenção de aspiração broncopulmonar.

Portanto, são propostos 25 recomendações dos 68 indicadores (69, se contarmos medição cultura de segurança), dos quais 39 são de estrutura, 29 de processo e 10 compostos.

A lista final, foi proposta método de medição indicando instrumentos de coleta de dados com suas instruções para o cálculo de indicadores compostos, recomendações metodológicas adicionais como serviço de amostragem para inspersão e outros, a fim de realizar medição eficiente de indicadores, de acordo com os quatro tipos de estudo (extração de dados de prontuários, observação e outros do que a história médica, infraestrutura de auditoria e existência de normas e protocolos e indicadores de fontes para ser medida por dados de pesquisa); folhas e indicadores individualizados desenvolvidos para cada recomendação estão presentes na publicação “Construção e validação de indicadores de boas práticas sobre a segurança do paciente, de 2008.”(SATURNO, 2008).

ISEP Brasil

A fase de tradução dos indicadores ISEP-Espanha gerou 69 indicadores, sendo 33 indicadores de estrutura e 36 de processo, os quais abrangiam 25 das 34 boas práticas do NQF mais recente (2010). Deste total, após análise baseada em critérios, o Grupo Técnico do Projeto ISEP-Brasil adaptou transculturalmente e aprovou 57 indicadores, rejeitando 12 daqueles utilizados na Espanha.

Na fase de desenvolvimento de novos indicadores, foram priorizadas as 16 práticas até então sem indicadores. O resultado desta fase foi 26 indicadores novos (14 de estrutura e 12 de processo). O conjunto de indicadores traduzidos e desenvolvidos localmente que foi aprovado para entrada no estudo piloto foi 83, sendo 41 de estrutura e 42 de processo.

Após a fase de estudo piloto, 75 dos 83 indicadores aprovados anteriormente foram finalmente validados e aprovados para o contexto dos hospitais brasileiros. Quanto ao tipo de dado, 39 indicadores são de estrutura e 36 de processo.

As Boas Práticas que não incluíram indicadores foram: Boa Prática 10 - Pessoal que presta cuidados diretos; Boa Prática 31 - Doação de órgãos; e Boa Prática 32 - Controle da Glicemia. Não houve consenso para a elaboração de indicadores relativos às práticas 10 e 31, mas os da prática 32 foram excluídos após novas evidências que mostraram potenciais efeitos negativos do controle intensivo da glicose, que não ajuda a prevenir morte e infecções e que ainda há a possibilidade de aumento do risco de dano (hipoglicemia) devido ao controle inadequado da glicemia (Kansagara, 2013).

Alguns indicadores não foram possíveis de avaliar, porém são altamente recomendados, dentre estes, o indicador que mede a adesão ao *bundle* de barreiras máximas durante a inserção de CVC é altamente indicado, porém difícil de medir por ser necessária, na maioria dos hospitais, uma coleta de dados prospectiva para captar os momentos de inserção de CVC nas distintas áreas do hospital.

A descrição detalhada de todas as fases e indicadores do Projeto ISEP-Brasil está disponível no Relatório Técnico: “Indicadores de Boas Práticas de Segurança do Paciente - Projeto

ISEP- Brasil - Desenvolvimento e validação para contexto dos hospitais brasileiros”(GAMA ET AL, 2014). Nele estão contidas as fichas de cada indicador que detalha, como também propõe recomendações metodológicas com orientações para a utilização dos indicadores na avaliação dos hospitais, sendo ela externa ou uma autoavaliação.

Um detalhamento do estudo piloto contendo o resultado comparativo dos hospitais, quanto ao cumprimento ou descumprimento do indicador, como também os resultados dos índices de *Kappa*, que validam os indicadores quanto à confiabilidade, encontra-se no Relatório Técnico: Indicadores de boas práticas de Segurança do Paciente (Projeto ISEP-Brasil): Análise de situação em contexto hospitalar brasileiro (GAMA, 2014).

A tabela1 apresenta um resumo dos resultados após a conclusão dos projetos:

TOTAL DE RECOMENDAÇÕES CONTEMPLADAS	TOTAL DE INDICADORES	TOTAL POR TIPO DE DADO	TOTAL POR FONTE DE DADOS
25/30	68	39 Estrutura 29 Processo 10 Compostos	40 Auditoria, Inspersão ou Entrevista 2 Outros Documentos 3 Observação 12 Histórias clínicas 11 Enquetes
31/34	75	39 Estrutura 36 Processo	40 Auditoria ou Entrevista 2 Outros Documentos 7Observação 16 Histórias clínicas 10 Enquetes

ESTUDO DA SITUAÇÃO EM UM REPRESENTANTE DA AMOSTRA DOS HOSPITAIS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Estes achados são da última fase da versão espanhola do projeto que teve início em setembro de 2006, foi um estudo descritivo do nível de cumprimento dos indicadores em hospitais do sistema nacional de saúde. A amostra de hospitais usados foram de 24 hospitais, com um grupo de nove profissionais avaliadores.

Os indicadores medidos pela revisão dos prontuários, para tirar conclusões a nível nacional, a estimativa é feito adicionando as amostras aleatórias obtidas a partir de vários hospitais, o que representa cerca de 2.500 prontuários. Da amostra resultante, podemos garantir uma precisão de +/- 0,05 ou superior, ou seja, um intervalo de confiança menor. Foram classificadas, em toda a Espanha, os hospitais como particularmente problemático ou não candidato metodologia LQAS para um padrão de desempenho para cada indicador, a qual queríamos em torno de 85% como considerado não problemático, um limiar de 55%, erro alfa de 0,05 e um poder de 0,9.

A análise de situação de uma amostral nacional foi realizada apenas na iniciativa espanhola, cujos resultados do estudo são apresentados em publicação complementar.²² A situação geral pode revelar o nível de implementação das recomendações como um todo. A grande maioria dos hospitais (69,6%) mostravam-se com deficiências importantes, e apenas cerca de 10% apresentavam conformidade aceitável. Não há grandes diferenças entre os três grupos de hospitais, a situação das recomendações para implementação correta é ligeiramente inferior em hospitais de pequeno porte, e do nível geral de inadimplência ligeiramente mais elevados no grupo de hospitais de médio porte (MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, 2009).

Nos hospitais que querem obter estimativas de cumprimento, e não apenas a sua classificação como problemático ou aceitável (dependendo do cumprimento padrão escolhido), teria que aumentar a amostra de pelo menos 100 casos por população-alvo.

Uma vez que os resultados dos indicadores apontam aspectos dos processos de valor sobre o qual deve intervir para melhorar a segurança, é desejável que o estudo não é meramente descritiva, mas a continuação de uma intervenção em hospitais que tenham sido avaliados.

QUAIS AS PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES?

Medindo indicadores construídos e relatórios validados de a situação em que os hospitais são inseridos em relação ao grau de implementação das recomendações de melhores práticas para a segurança do paciente proposto pela QNQ, e pode servir de base para a priorização de estratégias melhoria e depois verificar o sucesso das intervenções a serem implementadas.

A execução desse projeto em ambos os países foi de extrema importância para o desenvolvimento e validação dos indicadores, que contribuiram para a gestão da segurança nos hospitais espanhóis e brasileiros, e para a incorporação das políticas de saúde com o monitoramento e antecipação dos eventos adversos para a melhoria da segurança.

O projeto também validou os indicadores para a utilização como instrumento de medida de segurança. Para cada recomendação baseada em evidência, construíram-se indicadores de estrutura e processo. Estes dois tipos de dados em conjunto forneceram uma visão mais completa do nível de implantação de boas práticas, pois a estrutura adequada facilita o processo assistencial.

O cumprimento dos protocolos, políticas e utilização correta da estrutura, especificamente por meio de processos baseados em evidência científica, foi essencial para a melhoria da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. National quality measures clearinghouse [Internet]. Rockville (MD). Disponível em: <<http://qualitymeasures.ahrq.gov>>. Acesso em 14 de novembro de 2014.

AHRQ.(2003) Guide to patient safety indicators. Department of health and human services. Agency for healthcare research and quality. Version 3.0 (May 2006). Washington. Disponível em: <<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>>. Acesso em 18 de novembro de 2014.

AHRQ. GUIDE TO PATIENT SAFETY INDICATORS. Version 3.1 (March 2007). Washington: AHRQ; 2003. Cap. 4: Summary Evidence on the Patient Safety Indicators. [acesso em novembro de 2013]. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Software/SAS/V31/psi_guide_v31.pdf.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária(2009). Corrente Sanguínea: Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde. Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos – UIPEA. Setembro. [Acesso em: setembro de 2013]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/7638ae0049e-9c026b96bbf6dcbd9c63c/manual_corrente_sanguinea.pdf?MOD=AJPERES.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária(2009) Trato respiratório: Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde. Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Setembro.[Acesso em: setembro de 2013]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1b8c6200492e-1964b286b314d16287af/trato%2Brespiratorio-+setembro+2009.pdf?MOD=AJPERES>

BRASIL.(2013). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 julho de 2013.

BRASIL(2013). Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Publicada no Diário Oficial da União em 02 de abril de 2013.

CLASSEN DC, LLOYD RC, PROVOST L, ET.AL.(2008). Development and evaluation of the Institute for Healthcare Improvement Global Trigger Tool. *Journal of Patient Safety*;4(3):169-177.

GAMA ZAS, SATURNO PJ, RIBEIRO A, ET AL.(2014) Indicadores de Boas Práticas de Segurança do Paciente (Projeto ISEP-Brasil): Desenvolvimento e validação para o contexto de hospitais brasileiros. Relatório de pesquisa. UFRN, FAPERN, CNPq, CT-Infra.

GAMA ZAS, SATURNO PJ, RIBEIRO A, ET AL.(2014). Indicadores de Boas Práticas de Segurança do Paciente (Projeto ISEP-Brasil): Análise de situação em contexto hospitalar brasileiro. Relatório de pesquisa. UFRN, FAPERN, CNPq, CT-Infra.

KANSAGARA D.(2013). Inpatient Intensive Glucose Control Strategies To Reduce Death and Infection. In: Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, et al. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Comparative Effectiveness Review No. 211. AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March; p. 233-47. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyII-full.pdf>

KELLEY E, HURST J. (2006). Health Care Quality Indicators Project: conceptual framework paper. OECD Health Working Papers Nº23. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health/workingpapers>>. Acesso em 20 de novembro de 2014.

MC KIBBEN L, HORAN MT, TOKARSJ I, ET AL.(2005). Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee: Guidance on Public Reporting of Healthcare-Associated Infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control*; 33:217-26.

MAINZ J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 15.6 523-530.

NATIONAL QUALITY FORUM(2010). *Safe practices for better health care: a consensus report - Update*. Washington, DC.

MENDES W, MARTINS M, ROZENFELD S, ET AL.(2009). The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *IJQHC* 2009, 21(4): 279-84.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2009). *Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente: Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español*. Arganda del Rey (Madrid): DIN Impresores

NATIONAL QUALITY FORUM(2013). *Safe practices for better health care: a consensus report*. Washington, DC: National Quality Forum.

SATURNO PJ ET AL.(2008) *Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo.

SHEKELLE PG, WACHTER RM, PRONOVOST PJ, ET AL(2013). *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*. Comparative Effectiveness Review No. 211. AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March . p. 472 – 79. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/pt-safetyII-full.pdf>

THE JOINT COMMISSION. *Sentinel event*. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx>. Acesso em 17 de novembro de 2014.

VINCENT C, BURNETT S, CARTHEY J. (2013). *The measurement and monitoring of safety*. The Health Foundation.

Capítulo 8: Seguridad del paciente y Enfermería: experiencia del Hospital Universitario Morales de Meseguer-Murcia/España.

Jesús Leal Llopis

Introducción

La ley General de Sanidad (Ley 14/86, de 25 de Abril, General de Sanidad, 1986) y la ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud) recogen como una de las características fundamentales del Sistema Español de Salud, “la prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados”. igualmente, la Unión Europea recomienda a todos los estados miembros el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de mejora de la calidad en los servicios de salud que recoge, entre otros aspectos, que los sistemas de calidad deberán ser objeto de control público bajo la forma de una evaluación objetiva realizada por organismos independientes.

La seguridad clínica es uno de los principales componentes de la calidad asistencial. La complejidad creciente de los sistemas sanitarios y por ende de la práctica clínica ha pasado de abordajes simples, poco efectivos y relativamente seguros a un panorama actual donde la asistencia es muy complicada, efectiva pero potencialmente peligrosa.

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios

datan de 1950, pero desde que en 1999 se publicó el libro «*to err is Human: building a safer health system*» (COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, INSTITUTE OF MEDICINE, 2000), el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público.

La propia Organización Mundial de la Salud (ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2004) se plantea, a partir de 2004, una gran alianza Mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios. El programa de la alianza incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema «ante todo, no hacer daño».

Así mismo, el consejo de Europa establece en 2005 la «Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes. La seguridad de los pacientes como un reto europeo». En ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema de la seguridad de los pacientes a escala nacional mediante: a) el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático; b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones, y c) la implicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso.

En el ámbito español se llevó a cabo en 2005 el Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) (Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005, 2006) con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Los resultados de dicho estudio establecieron que la incidencia de pacientes con efectos adversos (EA) relacionados con la asistencia sanitaria en hospitales españoles fue del 8.4%.

Es de destacar que según el informe ENEAS, el 37.4% de los EA estaban relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales de todos los tipos representaban el 25.3% del total y el 25% estaban relacionadas con problemas técnicos durante los procedimientos que se le realizan a los pacientes. Además un 31.4% de los EA identificados, tuvieron como consecuencia un incremento de las estancias. De los 1063 pacientes que desarrollaron un EA, el 66.3% precisó procedimientos adicionales y un 69.9% tratamientos adicionales. Por último, el 42,8% de los EA se consideraron como evitables.

Otros estudios recientemente publicados en España (IGNACIO, 2007) (SOLDEVILLA, TORRA, VERDU, MARTÍNEZ, & LÓPEZ, 2006) establecen que la tasa de pacientes que desarrollan lesiones por presión en hospitales oscila entre 8-16% y que entre un 12-49% de los pacientes quirúrgicos manifiestan dolor durante su hospitalización. Los errores en la administración de medicamentos fluctúan entre el 8 y el 10% en los centros estudiados. Por último, si recabamos los datos sobre pacientes que desarrollan flebitis postcateterización obtenemos cifras comprendidas entre el 6 y el 12%.

Del análisis anterior se pueden extraer diversas conclusiones. La primera, es que estamos ante un problema importante, de gran calado y que requiere un gran esfuerzo para identificar qué abordajes son los más seguros, aplicarlos cuando verdaderamente se precisen, de manera correcta y sin errores. La segunda gran conclusión es que aunque la reducción de efectos adversos requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, los profesionales de enfermería, dados los tipos de EA evitables (errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales, etc.), desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen

de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicados en la seguridad del paciente.

Enfermería y Seguridad del Paciente

El citado informe ENEAS atribuye un 7,63% de los EA a causas relacionadas con los cuidados. El estudio de los factores asociados a estos EA son una información útil para orientar las estrategias dirigidas a mejorar los cuidados en los pacientes e implantar las adecuadas prácticas seguras.

Como consecuencia de la financiación descentralizada a las Comunidades Autónomas en España en el marco de la Estrategia de Seguridad de Pacientes (ESTRATEGIA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2005) entre los años de 2005 a 2011, se ha fomentado la puesta en marcha de diferentes proyectos y buenas prácticas de cuidados de enfermería que han permitido mejorar los aspectos relacionados con la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión, la identificación inequívoca de pacientes, la mejora de la prevención de las caídas accidentales, la prevención de la infección con las estrategias de higiene de manos, la disminución de la bacteriemia asociada a catéter o de la neumonía asociada a ventilación mecánica, o el uso seguro del medicamento.

No obstante, la implantación de las prácticas seguras en cuidados ha sido incompleta y muy desigual en el ámbito nacional. Las principales causas posibles son: a) La escasa existencia de planes de cuidados de enfermería; la carencia y/o la variabilidad de las aplicaciones informáticas de cuidados de enfermería y la escasez de sistemas de información específicos para poder evaluar automáticamente los criterios de seguridad lo que implica realizar estudios transversales en formato papel, con el consecuente consu-

mo de tiempo de los profesionales; b) Falta de retroalimentación a los profesionales, con el consecuente rechazo de estos a lo que consideran una imposición de la dirección; y c) La falta de priorización de la seguridad sobre otras funciones u otras dimensiones de la calidad por parte de los equipos directivos.

El estudio de referencia en Seguridad del Paciente de los cuidados es el proyecto SENECA (Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008, 2009), financiado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, a partir del cual se propusieron diversos estándares de calidad de cuidados para los hospitales del SNS. Sin embargo, no se desarrollaron los mecanismos necesarios para el despliegue de los estándares y por lo tanto existen bastantes organizaciones sanitarias de nuestro entorno que no han adoptado las prácticas que se proponían (La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado. Proyecto SENECA, 2010).

Igualmente, se han publicado estudios que ponen de manifiesto la relación entre la atención prestada por los profesionales de enfermería y la seguridad del paciente (NEEDLEMAN, BUERHAUS, MATTKE, STEWART, & ZELEVINSKY, 2002). Estudios llevados a cabo en Estados Unidos (AIKEN, CLARKE, SLOANE, SOCHALSKI, & SILBER, 2002) y Canadá (ESTABROOKS CA, 2005) sugieren que una provisión adecuada de personal de enfermería y un apoyo organizacional a las enfermeras/as son clave para mejorar la calidad del cuidado del paciente. Entre los resultados más relevantes de estos estudios encontramos que en los hospitales con altos ratios paciente/enfermera/o, los pacientes quirúrgicos presentaron tasas más altas de mortalidad ajustada por riesgo mensual, y mayores tasas de mortalidad por complicaciones y que contar con profesionales mejor formados

produce mejores resultados en los pacientes, incluido un menor riesgo ajustado de muerte. Sería importante lograr reducir los errores y los resultados negativos en salud mediante la inversión en recursos por parte de los hospitales para mejorar el entorno laboral, especialmente en la enfermería y en la gestión de servicios de enfermería¹⁶.

Plan de Acción para la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia

Los organismos responsables en materia de Sanidad de la Región Murcia decidieron el 2012 elaborar el II Plan Regional de Seguridad del Paciente (PLAN DE ACCIÓN PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA REGIÓN DE MURCIA, 2012), con la finalidad de dar respuesta y ordenar las actuaciones en esta materia que debían de llevarse a cabo en los próximos 5 años.

El presente Plan es aplicable a todas las áreas de Salud de la Región de Murcia, cuya población de referencia asciende a 1.446.520 habitantes; para lo que cuenta con 10 hospitales con un total de 2.921 camas, 81 centros de salud, 189 consultorios, 27 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), 14 bases del 061 y 12 Puntos de Atención Continua (PAC), 14 centros de salud mental, y 15 unidades de cuidados paliativos. Los recursos humanos están formados por 19.648 profesionales.

Desde 2006, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del Programa de Seguridad del Paciente, ha aglutinado multitud de actuaciones destinadas a mejorar la seguridad y reducir los eventos adversos de la atención sanitaria. La elaboración de un Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del

Paciente, para el periodo de tiempo comprendido entre 2012 y 2016, es un compromiso de futuro que pretende proyectar unas líneas de actuación que converjan todas ellas en una atención más segura y de calidad.

Las Líneas Estratégicas de este Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente en la Región de Murcia son las siguientes:

- Promover la cultura de seguridad en el Servicio Murciano de Salud (SMS).
- Potenciar la evaluación continua de la seguridad de nuestros centros y servicios.
- Mejorar la seguridad del paciente.
- Fomentar la participación ciudadana.
- Realizar investigación sobre seguridad del paciente en nuestra Comunidad Autónoma.
- Línea de Seguridad del Paciente de Salud Mental.
- Orientar toda la estructura y organización del SMS hacia la seguridad del paciente.

Cada una de estas líneas estratégicas está siendo desarrollada con sus consiguientes acciones y medidas en todos los hospitales del SMS.

Programa de Seguridad de Paciente en el Hospital Morales Meseguer

El Hospital General Universitario “José M^a Morales Meseguer” es una organización perteneciente al Servicio Murciano de Salud que es el centro sanitario de referencia para toda la población del Área de Salud VI de la Comunidad Autónoma de Murcia. La población atendida está en torno a las 250.00 personas.

Nuestro centro sanitario cuenta con unas 400 camas hospitalarias, con 18 camas de cuidados intensivos y unas 30 consultas externas. El personal que trabaja son unas 2000 personas, entre médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios y no sanitarios.

Desde el año 2006 nuestra organización sanitaria lleva trabajando de forma intensa y estructurada en mejorar la Seguridad de los Pacientes y usuarios.

En el contexto de Enfermería, históricamente se evaluaban algunos indicadores de calidad relacionados con la Seguridad del Paciente, pero no fue hasta de la creación a nivel regional del Grupo Regional para la Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería (GREMCCE) cuando se definieron y estructuraron una batería de indicadores relacionados directamente con los cuidados de enfermería y la Seguridad del Paciente.

Paralelamente, se han ido estableciendo algunos otros proyectos que han sido de interés para la organización o que estaban enmarcados en líneas estratégicas procedentes del Ministerio de Sanidad o del Servicio Murciano de Salud.

Las principales líneas estratégicas que conforman nuestro plan para la mejora de la Seguridad del Paciente son las siguientes:

Mejora de la Cultura de Seguridad del Paciente

Monitorización de indicadores asistenciales

Gestión de Riesgos Sanitarios

Implantación de Prácticas Seguras

Mejora de la Cultura de Seguridad del Paciente

Formación

El hospital realiza todos los años actividades formativas relacionadas con la Seguridad del Paciente. Suelen desarrollarse talleres formativos sobre aspectos específicos (Ulceras por Presión, Notificación de incidentes...) y otras acciones más genéricas enfocadas primordialmente a mejorar la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios.

Así mismo, se desarrolla trimestralmente una sesión formativa extraordinaria y multidisciplinar donde se abordan temas globales, como Hemovigilancia, Infección Nosocomial, Seguridad del Medicamento,...

Sesiones clínicas

La mayoría de los servicios y unidades clínicas llevan a cabo sesiones clínicas en las que se comparten y analizan aspectos de Seguridad del Paciente que son de su área o especialidad

Unidad Funcional para la Seguridad del Paciente (UFSP)

En el año 2006, a raíz del primer plan regional de Seguridad del Paciente, se puso en marcha la Unidad Funcional de Seguridad del Paciente.

Dicha unidad está integrada por profesionales interdisciplinarios, cuya misión es el estudio y análisis de los eventos adversos producidos al igual que proponen acciones de mejora para la Seguridad del Paciente a la Dirección del hospital.

Se reúne al menos 6 veces al año de manera ordinaria y las necesarias en convocatoria extraordinaria.

Evaluación de Cultura de Seguridad del Paciente

En nuestro centro se han realizado diversas evaluaciones de la Cultura de Seguridad del Paciente que tienen los profesionales.

Recientemente se ha analizado dicha característica en las Enfermeras de las Unidades de Hospitalización.

Se realizó un estudio transversal descriptivo en profesionales de enfermería del Hospital General Universitario Morales Meseguer, mediante la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ) (SORRA & NIEVA, 2004), durante los meses de Febrero-Marzo de 2013.

Se ha evaluado a 99 Enfermeras de las unidades de hospitalización, lo que representa el 46,04% de todas las Enfermeras de esa área.

La percepción global de seguridad del paciente fue $7.36 \pm 0,57$ puntos (escala, 0-10). El 90.3% de los sujetos valoraron la percepción de seguridad del paciente por encima de 5.

Entre las diferentes dimensiones que se valoran, el trabajo en equipo en la unidad/servicio para la SP fue el aspecto mejor puntuado como positivo (76.35%), considerándose esta como una fortaleza. La dotación de personal fue la dimensión más valorada como un aspecto negativo (62,86%), considerándose esta como una oportunidad de mejora. No hemos encontrado diferencias entre el tipo de unidad de hospitalización (medica/quirúrgica), años de experiencia profesional, años trabajados en el hospital y años trabajados en la unidad actual.

Las principales conclusiones del estudio son que la percepción global de seguridad del paciente por parte de las Enfermeras de las unidades de hospitalización es elevada y que se han identificado como fortaleza el trabajo en equipo en la unidad/servicio y como oportunidad de mejora la dotación de personal.

Monitorización de indicadores asistenciales

Prevención de Ulceras por Presión (UPP)

Para la monitorización de los cuidados relacionados con las UPP utilizamos 5 indicadores:

- Valoración de riesgo de UPP (PUPP-1: nº pacientes con valoración de riesgo de padecer UPP en las primeras 24 h / nº enfermos ingresados evaluados x 100). Se aplicará a pacientes ingresados más de 24 h en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia, se realizan 3 cortes transversales al año. En nuestro centro sanitario evaluamos a todos los pacientes ingresados el día del corte y que cumplen criterios de inclusión.
- Pacientes que desarrollan UPP durante su ingreso (PUPP-2: Nº total pacientes que presentan UPP desarrollada durante su ingreso / Nº total pacientes evaluados ingresados más de dos días x 100). Se aplicará a pacientes ingresados más de 48 h en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia, se realizan 3 cortes transversales al año. En nuestro centro sanitario evaluamos a todos los pacientes ingresados el día del corte y que cumplen criterios de inclusión.
- Cuidados a pacientes en riesgo de desarrollar UPP (PUPP-3: Nº pacientes de riesgo alto de UPP con cuidados adecuados en las últimas 24 horas/ Nº total pacientes de riesgo alto de UPP x 100). Este indicador consta a su vez de 3 sub-indicadores: Deben

quedar registrados la realización de cambios posturales cada 2 horas, Constará la instauración de superficies de reducción/ alivio de la presión y Registro de aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados. Se aplicará a pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia que han sido valorados como riesgo alto de UPP, se realizan 3 cortes transversales al año. En nuestro centro sanitario evaluamos a todos los pacientes ingresados el día del corte y que cumplen criterios de inclusión.

- Prevalencia de UPP en Unidades de Hospitalización (PUPP-4: n° pacientes con UPP / n° pacientes ingresados evaluados en el momento en que se realiza el estudio x 100). Se evalúan los pacientes que presentan UPP en día de la evaluación. Se realizan al menos 3 cortes transversales al año.
- Prevalencia de UPP en Unidades de Cuidados Intensivos (PUPP-5: n° pacientes ingresados en UCI con UPP / n° enfermos en UCI ingresados evaluados en el momento del estudio x 100). Se evalúan los pacientes que presentan UPP en día de la evaluación. Se realizan al menos 3 cortes transversales al año.

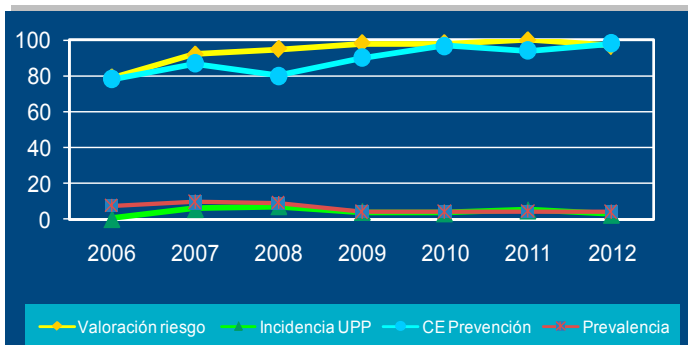


Figura 1: Evolución de los Indicadores de Prevención de Ulceras por Presión

Prevención de Caídas

Para el seguimiento de las caídas en los pacientes hospitalizados utilizamos los siguientes indicadores:

- Valoración del Riesgo de Caídas (PC-1: N° pacientes con valoración de riesgo caídas en las primeras 24 h / N° enfermos evaluados ingresados más de 24 horas x 100). Se aplicará a pacientes ingresados más de 24 h en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia, se realizan 3 cortes transversales al año. En nuestro centro sanitario evaluamos a todos los pacientes ingresados el día del corte y que cumplen criterios de inclusión.
- Cuidados a pacientes con riesgo de caídas (PC-3: N° pacientes de riesgo alto de caídas con cuidados adecuados / N° total pacientes valorados de riesgo alto x 100). Se aplicará a pacientes ingresados en Unida-

des de Hospitalización médico-quirúrgica convencional y corta estancia que han sido valorados como riesgo alto de Caídas y se realizan 3 cortes transversales al año. En nuestro centro sanitario evaluamos a todos los pacientes ingresados el día del corte y que cumplen criterios de inclusión.

- Tasa de Caídas en pacientes hospitalizados (PC-4: N° caídas en pacientes hospitalizados/N° altas de hospitalización en el periodo estudiado).

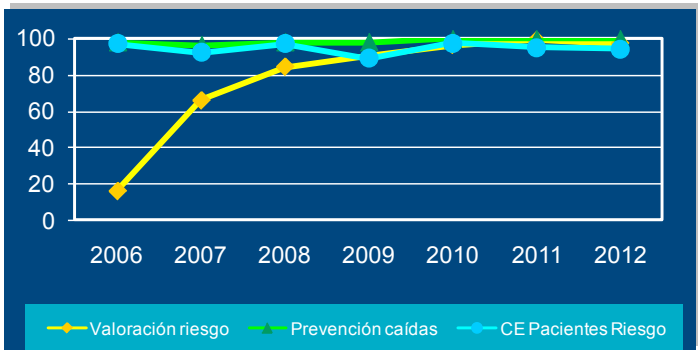


Figura 2: Evolución de los Indicadores de Prevención de Caídas

Identificación de Pacientes

En nuestro centro sanitario todos los pacientes llevan una pulsera/brazalete identificativo con sus datos personales y número de registro hospitalario. De forma sistemática, al menos 3 veces al año evaluamos la presencia o ausencia de dicha pulsera en todos los pacientes hospitalizados y que están en el Servicio de urgencias.

Flebitis y extravasaciones

En los pacientes portadores de catéter venoso periférico evaluamos la presencia de flebitis o extravasaciones asociadas a dicha cánula.

- Pacientes con Flebitis (PCV-3: N° pacientes con flebitis / N° de pacientes evaluados x100).
- Pacientes con Extravasaciones (PCV-4: N° pacientes con extravasación / N° de pacientes evaluados x 100).

Cribado de Riesgo Nutricional

En los últimos años hemos incorporado un nuevo indicador con el objetivo de detectar precozmente el Riesgo Nutricional de los pacientes que son hospitalizados.

- Evaluación del Riesgo Nutricional (PRN-1: N° de pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General para un procedimiento quirúrgico con valoración de riesgo nutricional (escala valoración NRS 2002), en las primeras 24 horas de su ingreso / Total pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General para un procedimiento quirúrgico en el periodo de estudio x 100).

Evaluación del Dolor Post-Quirúrgico

La valoración temprana del dolor en pacientes intervenidos quirúrgicamente se realiza con el siguiente indicador.

- Valoración del Dolor en pacientes quirúrgicos (PVD-1: N° de pacientes sometidos a intervención quirúrgica con ingreso, con evaluación del dolor mediante escala EVA en las primeras 24 horas tras cirugía y según periodicidad indicada en protocolo de valoración del dolor del Centro / Total pacientes postquirúrgicos evaluados x 100).

Cumplimentación de protocolos

La monitorización de algunos protocolos se realiza varias veces al año y de forma estructurada, los indicadores utilizados son los siguientes:

- Protocolo de Acogida al ingreso (PAI-1: N° de pacientes ingresados más de 24 h. con realización correcta del Plan de Acogida /N° de pacientes ingresados más de 24 h evaluados x 100).
- Valoración de Enfermería al Ingreso del Paciente (PVI-1: (n° de pacientes con valoración realizada correctamente en las 1as 24 horas tras ingreso/ n° de pacientes evaluados x 100).
- Cuidados de paciente portador de Sonda Vesical (PSV-1: N° de pacientes con cuidados adecuados a protocolo de Sondaje Vesical/ N° total de pacientes con Sondaje Vesical x 100).
- Cuidados al paciente portador de catéter venoso central (PCV-1: N° pacientes portadores de catéter venoso central con cuidados adecuados a protocolo/ N° total pacientes portadores de catéter venoso central valorados x 100).
- Cuidados al paciente portador de catéter venoso periférico (PCV-2: N° pacientes portadores de catéter venoso periférico con cuidados adecuados a protocolo/ N° total pacientes portadores de catéter venoso central valorados x 100).

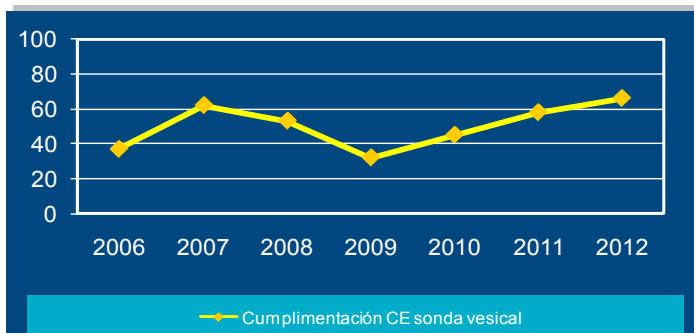


Figura 3: Evolución del Cumplimiento del Protocolo de Cuidados al paciente portador de Sonda Vesical.

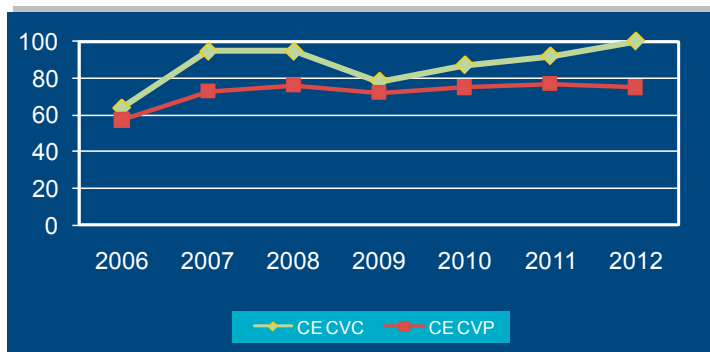


Figura 4: Evolución del Cumplimiento del Protocolo de Cuidados al paciente portador de Catéter Venoso Central (CEVC) y Catéter Venos Periférico (CEVP).

Carro de Parada Cardiorrespiratoria

En todas las unidades de hospitalización existen unos dispositivos para la atención urgente a la Parada Cardiorrespiratoria de algún paciente. Es necesario evaluar el correcto estado del material y su adecuada colocación. Para ello, existe un protocolo de obligado cumplimiento y que se evalúa en base a los siguientes criterios de calidad.

CRITERIOS DE CALIDAD. CARRO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA
Criterio 1: Ambu con mascarilla en bandeja superior.
Criterio 2: Tabla de parada
Criterio 3: Cánulas de Mayo (1 por numero 2-6)
Criterio 4: Fiadores de Intubación (2)
Criterio 5: Tubos endotraqueales (nº 7.5: 2; nº 8: 2; nº 8,5: 2)
Criterio 6: Maletin con palas de laringo y si funcionan todas
Criterio 7: Aspirador de secreciones con sondas
Criterio 8: Existe registro de control del material que hay en carro
Criterio 9: Révisión del Carro de P. en los últimos 10 días
Criterio 10: Hay registro de la realización del test del desfibrilador
Criterio 11: Esta en el carro las instrucciones del manejo del desfibrilador
Criterio 12: Correcta ubicación del Carro de Parada

Figura 5: Criterios de Calidad de Mantenimiento del Carro de Parada Cardiorrespiratoria

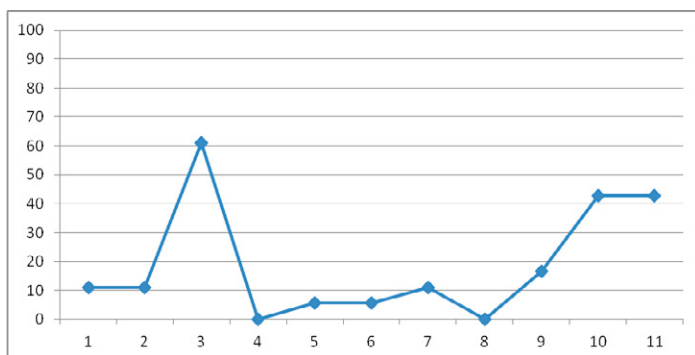


Figura 6: Incumplimiento de los Criterios de Calidad de los Carros de Parada (Evaluación Mayo-2014)

Higiene de manos

Se considera que una higiene de manos apropiada, es uno de los métodos más simples y eficaces para disminuir las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Esta campaña está destinada a mejorar las prácticas de higiene de las manos del personal sani-

tario. Su objetivo es concienciar acerca de la necesidad de que el personal sanitario mejore y mantenga las prácticas de higiene de las manos en el momento oportuno y de la forma apropiada con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales en los establecimientos de atención sanitaria. Actualmente evaluamos la utilización de Soluciones de base alcohólica como sustitutivo del lavado de manos y vamos a comenzar a realizar estudios observacionales sobre la cumplimentación del lavado de manos por parte del personal sanitario.

Listado de Verificación de la Seguridad Quirúrgica

Desde el año 2011 se ha implantado en nuestros quirófanos el Listado de Verificación de la Seguridad Quirúrgica promovido por la OMS (Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas, 2009). Se realizan evaluaciones para conocer la adherencia a dicho proyecto y la cumplimentación del listado durante las intervenciones quirúrgicas.

Proyecto Bacteriemia Zero

El proyecto “Bacteriemia Zero”, consiste en la implementación de la intervención diseñada por investigadores de la Universidad Johns Hopkins Safety Research Group dirigidos por el Dr. Peter Pronovost, en colaboración con Michigan Health and Hospital Association Keystone Center, que desarrollaron una intervención que ha conseguido eliminar casi en su totalidad las Bacteriemias Relacionadas con Catéter en 130 Unidades de Cuidados Intensivos durante los últimos 4 años (Pronovost, 2006). En nuestro centro ha tenido generado unos magníficos resultados disminuyendo la densidad de incidencia de manera significativa.

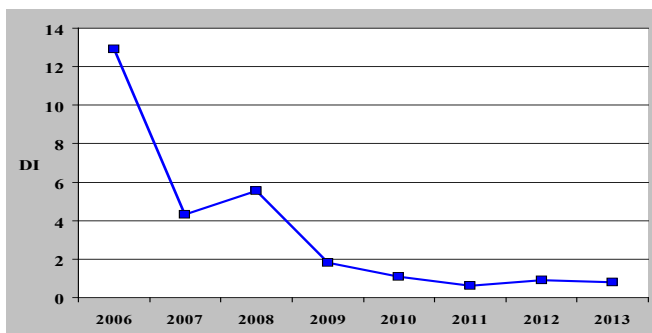


Figura 7: Evolución de la Densidad de Incidencia (DI) de Bacteriemia relacionada con Catéter Central

Proyecto Neumonía Zero

Utilizando la estructura creada con el Proyecto Bacteriemia Zero se puso en marcha este proyecto que consiste en aplicar un conjunto de recomendaciones para prevenir las NVM y reforzar el seguimiento del paquete de medidas de seguridad integral en las UCI españolas.

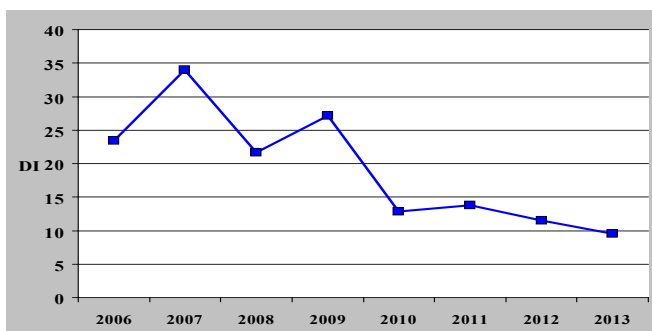


Figura 8: Evolución de la Densidad de Incidencia de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica

Gestión de Riesgos Sanitarios

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP)

En el año 2010 nuestra Comunidad Autónoma implanto en todos los hospitales el sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP). El objetivo que se persigue es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora. Aunque la notificación es voluntaria, se anima encarecidamente a los profesionales a utilizar el sistema, colaborando así en el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN SU TIPO^()**

Tipo de Incidente	Nº incidentes de este tipo	Frecuencia Relativa
Equipos / dispositivos	54	34.84%
Medicación	45	29.03%
-Dosis incorrecta	18	11.61%
-Omisión de dosis o de medicamento	6	3.87%
-Frecuencia de administración errónea	4	2.58%
-Medicamento erróneo	3	1.94%
-Otros	2	1.29%
-Velocidad de administración errónea	1	0.65%
-Vía de administración errónea	1	0.65%
-Error de preparación/manipulación/acondicionamiento	1	0.65%
Identificación	14	9.03%
Procedimientos terapéuticos	8	5.16%
Pruebas diagnósticas	7	4.52%
Otros	6	3.87%
Gestión organizativa - Recursos	5	3.23%
Infección asociada a la asistencia sanitaria	3	1.94%
Comportamiento alterado / agresivo	3	1.94%
Accidente del paciente	2	1.29%
Comportamiento autoagresivo del paciente	1	0.65%
Caídas	1	0.65%
-Caída durante la transferencia	1	0.65%
Laboratorio - Anatomía patológica	1	0.65%
Documentación (incluye aspectos relacionados con la confidencialidad)	1	0.65%
Sangre y productos sanguíneos	1	0.65%
Otros procesos administrativos	1	0.65%
Transporte / traslados	1	0.65%
Procedimientos quirúrgicos	1	0.65%
TOTAL(*)	155	100.00%

Figura 9: Clasificación de los Incidentes de Seguridad del Paciente notificados voluntariamente durante 2013

Análisis Causa-Raíz de Eventos graves

De forma paralela a la implantación del SINASP y al amparo de la Unidad Funcional para la Seguridad del Paciente se creó un grupo de trabajo que tiene como principal misión la de analizar todos los eventos adversos notificados y realizar el Análisis Causa-Raíz de aquellos que han producido o podrían haber producido algún daño grave en el paciente.

AMFE-HFMEA de algún proceso-procedimiento

Aun siendo una técnica bastante compleja, el AMFE-HFMEA ha sido utilizado en nuestro hospital en alguna ocasión, con el propósito de analizar algún proceso o procedimiento de trabajo donde la casuística de eventos adversos así lo requería.

Implantación de Prácticas Seguras

Prescripción Electrónica

La prescripción asistida electrónica es una práctica que se está pilotando para que sea una realidad próximamente.

Etiquetas de Fármacos en Anestesia

Desde mediados del año 2014 se dispone en todos los quirófanos, reanimación y servicio de pruebas especiales de digestivo de etiquetas de colores pre-impresas para la identificación adecuada de los fármacos de alto riesgo que se utilizan en estas unidades.

Oferta Tacklen Kit Inicial: con el primer pedido le entregamos 10 rollos de etiquetas y le regalamos el dispensador de etiquetas.

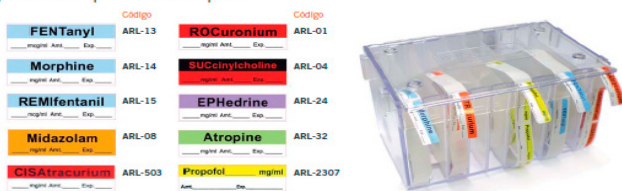


Figura 10: Pegatinas identificativas de Fármacos de Alto Riesgo

Entorno laborales saludables/seguros

Durante el año 2013 se realizaron evaluaciones del Entorno Laboral donde trabajan las Enfermeras mediante el cuestionario Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) (LAKE, 2002). Este trabajo tenía como objetivo conocer la percepción de las enfermeras que trabajan en el hospital Morales Meseguer de Murcia sobre su entorno laboral y su satisfacción con el trabajo y así poder diseñar intervenciones que fueran en beneficio de las condiciones de trabajo y hacer este más seguro para los pacientes.

Referencias

AIKEN, L., CLARKE, S., SLOANE, D., SOCHALSKI, J., & SILBER, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288 (16), 23-30.

ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. (2004). Organización Mundial de la Salud.

COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, INSTITUTE OF MEDICINE. (2000). *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press.

ESTABROOKS CA, M. W. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs.Res* (54), 74-84.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. (2005). Estrategia en Seguridad del Paciente 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2006). Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

IGNACIO, E. (2007). Tesis doctoral. Validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales. Cádiz: Universidad de Cádiz.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2010). La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

LAKE, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health* , 25-28.

Ley 14/86, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE 29/04/1986.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 29/05/2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009). Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

NEEDLEMAN, J., BUERHAUS, P., MATTKE, S., STEWART, M., & ZELEVINSKY, K. (2002). Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* (346), 1751-1722.

CONSEJERIA DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL.COMUNIDAD AUTONOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA (2012). Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente de la Región de Murcia. Murcia: Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias..

PRONOVOST, P. (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine* , 355 (26), 2725-32.

SOLDEVILLA, J., TORRA, J., VERDU, J., MARTINEZ, F., & LOPEZ, P. (2006). 2º Estudio Nacional de Prevalencia de UPP en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos* , 17 (3), 154-172.

SORRA, J., & NIEVA, V. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ Publication nº 04--0041. Rockville: Agency for Health Care Research and Quality.

Capítulo 9: Aprender sin lastimar, seguridad del paciente y simulación clínica : una relación necesaria en la formación de profesionales sanitarios.

José Luis Díaz Agea. César Leal Costa.

Introducción

Desde el origen mismo de las disciplinas que implican el cuidado de enfermos se plantean dilemas éticos respecto a las consecuencias indeseables asociadas al tratamiento y cuidados de las personas. Una frase paradigmática atribuida a Hipócrates contiene la máxima expresión de ese dilema. Decía algo parecido a esto: *Si no puedes hacer el bien, por lo menos no hagas daño*².

Esta idea subyace en el inconsciente colectivo de médicos, enfermeras y demás profesionales que trabajan con la enfermedad y el sufrimiento humanos. En el fondo se trata de eso, de aliviar el sufrimiento que la enfermedad provee y de no perjudicar al prójimo en el intento. Esta cuestión es difícil de eludir, sobre todo en una época en la que la posmodernidad y la crítica al positivismo biologicista consideran que la medicina “perjudica seriamente la salud” desde un punto de vista crítico (ILLICH, 1975). Dejar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe es una máxima de Nightingale (1990) que en la actual enfoque biomédico ha perdido gran parte de su sentido.

El excesivo intervencionismo provoca que la medicina se vea revestida de la otra cara, la cara desagradable de la terapia, el daño y el sufrimiento añadido e innecesario, del que todo pro-

² Εάν δεν μπορείτε να κάνετε καλό, τουλάχιστον δεν βλάπτει

fesional huye y del que nadie parece estar libre. Es una amenaza para los pacientes y los profesionales. Para unos por el sufrimiento sin sentido que implica ser perjudicados por aquéllos que en teoría les deberían curar, para otros por el miedo a ser denunciados por los pacientes por no haber hecho lo suficiente o, en el extremo contrario, por tener un exceso de celo en su labor.

De igual manera, la formación práctica de los profesionales de la salud no está exenta de riesgos. El alumno inexperto o con pocas habilidades prácticas precisa de un primer contacto con el paciente. Un paciente en cuerpo y alma. Con sensibilidad y sentimientos. Con dolor. Con su estado mental. Con sus circunstancias y contexto vital, y por supuesto con su miedo.

Realmente es complicado argumentar que es necesaria una primera vez para el estudiante. Sobre todo cuando se trata de procedimientos que conllevan dolor, riesgos para el paciente o pericia del profesional. Una primera venopunción, un primer sondaje, una primera inyección intramuscular. Una primera intervención quirúrgica.

Desde las instituciones universitarias tenemos un compromiso ético en este sentido. Quizá sea necesario replantearse el entrenamiento previo de los alumnos y acercarlo (al máximo nivel posible) a la realidad asistencial, pero sin dañar a nadie y propiciando la reflexión crítica de sus actos. Aquí entra la simulación clínica de alto realismo como elemento integrador de teoría y práctica. Una manera de proceder lo más parecida a la realidad propicia que ese primer contacto con el paciente de verdad sea, en teoría, más seguro.

La realidad asistencial actual demanda profesionales sanitarios bien formados y con un nivel competencial adecuado. Los errores en la práctica clínica son un problema con un coste en

vidas humanas, sufrimiento y con un elevado impacto económico (ARANAZ, 2004). La seguridad del paciente y la calidad asistencial son cuestiones que cada vez tienen mayor peso en la planificación y gestión de los servicios sanitarios. Es crucial potenciar dichas dimensiones desde la formación misma de la disciplina enfermera. La importancia de aprender con simuladores en ciencias de la salud radica en tres aspectos: aprender de la experiencia, aprender reflexionando de dicha experiencia y sobre todo sin riesgos para el paciente.

Hay que tener en cuenta que, en teoría, cuanto más peso tenga en su aprendizaje el alumno, más motivado estará, mayor será la implicación en el proceso y, en consecuencia, mejor preparado estará cuando se enfrente a la realidad asistencial. Algún estudio (MARTÍNEZ, HUESO Y GÁLVEZ, 2010) ha identificado la formación y el desarrollo profesional de la enfermería como categoría de oportunidad para mejorar la seguridad del paciente. En el presente capítulo contextualizaremos la simulación clínica como una metodología de enseñanza-aprendizaje relacionada en primera instancia con la simulación del paciente. Además expondremos la experiencia acumulada como instructores con años de docencia en simulación en el grado de enfermería de la UCAM (Murcia-España).

¿Qué es la simulación clínica?

Según la Real Academia Española simular es “representar algo, fingiendo o imitando lo que no es” (RAE, 2001). La simulación supone una representación artificial de un proceso del mundo real con la suficiente autenticidad para favorecer el aprendizaje, representando en lo posible un escenario clínico más o menos complejo, y permitiendo la valoración de la formación de una determinada acción (LÓPEZ ET AL., 2013).

Aunque hemos de decir que lo realmente relevante de la metodología de simulación no es la tecnología ni el realismo del escenario con el que se encuentra el alumno (que lo es), sino más bien el aprendizaje que se extrae del binomio experiencia-reflexión. Esto es posible cuando el que experimenta un evento, una técnica, un escenario (sea real o simulado), tiene la posibilidad de volver a recrearlo, visualizarlo, compartirlo con colegas y discutir y analizar el caso en grupo de iguales. Dicho análisis se conoce en simulación con el anglicismo de Debriefing, que no es más que la discusión o el análisis de una situación posterior a un evento crítico.

En simulación de alta fidelidad, tal y como la entendemos ahora, es necesario que se den varios ingredientes: El escenario (realismo, tecnología audiovisual e informática, reproductibilidad del escenario, diseño por competencias y con unos objetivos docentes elaborados y claros), los participantes (instructor, alumnos intervinientes y alumnos presentes que observarán lo acontecido) y el Debriefing (experiencia guiada de reflexión individual y grupal acerca de emociones, percepciones, conocimientos, actitudes y habilidades clínicas expuestas en el escenario). Hemos de recalcar que el aprendizaje reflexivo, junto con la experiencia vivida, serán los ejes de esta metodología que permite a los que la utilizan cometer errores y reflexionar de manera positiva, y sin elementos de culpabilidad o sanción, sobre la práctica clínica.

Es necesario poner el énfasis en la valía de la experiencia como herramienta para el aprendizaje, definiéndolo como “el proceso mediante el cual se crea conocimiento a través de la transformación de la experiencia” (KOLB, 1984, p. 34). El aprendizaje, para este autor, sería un proceso continuo fundamentado en la experiencia y que implica una transacción entre personas y el ambiente, estableciendo un ciclo de cuatro etapas

que conforman el aprendizaje experiencial: la experiencia concreta, la observación reflexiva, la conceptualización abstracta y la experimentación activa³.

Como se deduce de este modelo, la acción por sí misma no es suficiente para que el alumno genere una experiencia de aprendizaje adecuada, requiere de la reflexión (KOLB, 1984). Pero hagamos un breve recorrido histórico sobre los orígenes de la simulación.



Se afirma que el comienzo de la simulación como metodología (y como concepto) nace en 1929, cuando se pone en funcionamiento el primer simulador de vuelo. También distintos autores citan el inicio de la simulación como práctica educativa en ciencias de la salud vinculada, a partir de los años 60, a la formación de médicos anestesiólogos.

No obstante, como ponen de manifiesto otros autores (KRHON, 2008; NEHRING, 2010; ROJO y DÍAZ, 2013), desde el siglo diecinueve se vienen usando maniqués o modelos mecánicos, brazos, esqueletos articulados o maniqués a tamaño real en la

3 Para Kolb el aprendizaje comienza con una experiencia: la persona experimenta un acontecimiento. Tras la experiencia se reflexiona sobre lo acontecido (las etapas del proceso, los errores cometidos o plantearse si sería posible haber actuado de otra manera). Esta reflexión desemboca en una generalización (se intenta llegar a alguna conclusión o explicación a la situación previamente vivida o reflexionada). Tras esta generalización sigue la aplicación: se establece mentalmente la secuencia de acciones a raíz de la comprensión de la actividad. Una vez decidido lo que se va a hacer, hay que llevarlo a cabo, es decir volver a experimentarlo, pero con las modificaciones que consideremos oportunas.

formación de las enfermeras de aquella época, fundamentalmente para practicar situaciones básicas de cuidado, como aseos, cambios de posiciones y confort del paciente (es el caso de Mrs Chase⁴, en la imagen).

La simulación de situaciones para formar profesionales o detectar necesidades, o incluso aventurar futuras reacciones, no es específica de las ciencias de la salud. Se encuentra en numerosas áreas como la aeronáutica, la psicología, la educación o incluso la enseñanza en el contexto empresarial (ARIAS, HARO, y ROMEROSA, 2010). A finales de los años 60 del siglo pasado se introducen los primeros modelos de simulación usados en educación médica: Resusci Anne® (un maniquí para reanimación) y Harvey® (un maniquí tamaño real diseñado para entrenamiento en cardiología) (Cooper y Taqueti, 2005).

Los simuladores a escala real y con mayores posibilidades de respuesta fisiológica fueron desarrollados en el contexto de la medicina de anestesia y reanimación en los Estados Unidos de América, en concreto en la Universidad Southern California donde se usó por vez primera un simulador de anestesia (ABRAHAMSON, DENSON y WOLF, 1969). La evolución de estos modelos o maniqués va aparejada al desarrollo creciente de disciplinas tecnológicas como la informática y la robótica, sin las cuales no hubiera alcanzado los niveles de realismo con los que cuenta hoy en día.

La necesidad de reproducir en un entorno controlado las respuestas cardiorrespiratorias, respiratorias y neurológicas de un paciente ante la actuación de un profesional son la base episte-

4 Una muñeca fabricada por una empresa de juguetes a petición del Hartford Hospital de Connecticut, con el objetivo de formar a los estudiantes de la escuela de enfermería que pertenecían a éste hospital. Inicialmente el maniquí, (1910) fue diseñado atendiendo las indicaciones de un médico, tenía la forma anatómica de la mujer del dueño de la fábrica y se dotó de articulaciones en miembros.

mológica de la simulación como forma de entrenamiento. Veremos más tarde que la integración en un contexto más amplio de actuación, el escenario clínico, es en realidad el culmen de la simulación como metodología, al aunar las respuestas de pacientes simulados con la interacción de diversos profesionales que interactúan en un espacio programado para aprender de los errores con la máxima seguridad.

A finales de la década de los ochenta del siglo pasado se desarrolla en Florida y Stanford uno de los primeros modelos a escala real de paciente simulado con cierta tecnología (GABA y DEANDA, 1988), para uso en medicina. El objetivo era mantener la seguridad del paciente mientras los estudiantes y profesionales practicaban en un lugar que reproducía más o menos fielmente su entorno de trabajo (GABA, 2004).

Es en la década de los 90 del siglo XX cuando se desarrolla la simulación a escala real con maniqués que cuentan con avances tecnológicos en continua evolución hasta el día de hoy en el que los simuladores a escala real cuentan con funciones similares a un paciente real y permiten desarrollar gran variedad de escenarios clínicos.

En la actualidad la simulación clínica en el contexto universitario, y en concreto en el relacionado con las profesiones sanitarias, está tomando un extraordinario protagonismo ya que, además de propiciar experiencias de reflexión, ejerce de nexo de unión entre los contenidos proporcionados desde los ámbitos académicos y los centros sanitarios. Esto es posible si se logra articular un aprendizaje simulado a la par que se realiza el aprendizaje en entornos clínicos reales.

Como ponen de manifiesto Leal, Díaz, Rojo, Juguera y López (2014), el hecho de complementar Practicum real y simu-

lación clínica, además, propicia la evaluación en entornos controlados de las competencias adquiridas a lo largo del proceso de aprendizaje práctico, utilizando escenarios clínicos simulados que replican situaciones reales y simuladores de alta fidelidad. De este modo, se lleva a cabo una evaluación por competencias en entornos reales a través del tutor de prácticas externo y otra complementaria en entornos simulados. También sirve para ejercer un mecanismo de control sobre los contenidos teóricos de la formación dada en el resto de materias.

La simulación implica no sólo el diseño de un escenario a trabajar por los alumnos o profesionales sanitarios de acuerdo a competencias profesionales. También precisa de una metodología de análisis y de discusión de la experiencia desarrollada en la sala de simulación por los intervinientes en la misma, para que el aprendizaje reflexivo resultante sea lo más provechoso posible. Todo este proceso se abordará en profundidad a continuación.

La elección de casos por competencias profesionales. Diseño de un escenario simulado.

La adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) supone una transformación profunda de la educación universitaria en Europa. De esta forma, se ha pretendido fomentar la cooperación entre universidades, la movilidad de estudiantes y profesores, la mejora de la calidad de la investigación y un nuevo proceso de educación basado en el binomio enseñanza-aprendizaje. La integración del sistema universitario español al EEES requirió y sigue requiriendo de propuestas concretas que desarrollen los distintos elementos conceptuales definidos en las declaraciones europeas y recogidas por la Ley de Ordenación Universitaria (LOU).

La universidad española se encuentra inmersa, al igual que el resto de universidades europeas, en un proceso de reforma de la educación superior que busca homogeneizar los distintos sistemas educativos. Así, los planes de estudios adaptados al EEES se fijan con el objetivo de que el estudiante adquiera las competencias, tanto en conocimientos, habilidades y actitudes. Este cambio ha alterado el tradicional enfoque basado en contenidos del currículum y horas lectivas, pretendiendo introducir otras dimensiones formativas que van más allá de la simple acumulación de conocimientos, y fomentando la integración de todos los conocimientos, las habilidades y las actitudes para aplicarlas de manera activa y eficiente a tareas específicas de la profesión, fomentando el uso de metodologías de aprendizaje activo como son el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), la Simulación Clínica, etc (ARBOIX ET AL., 2008; JUVÉ ET AL., 2007; LEAL ET AL., TEJADA, 2005).

Son muchas las definiciones y aproximaciones que se han dado sobre el concepto de competencia y sus características, encontrándose diferentes definiciones en función de sus atributos y las dimensiones que la componen. En el Diccionario de la RAE, encontramos que competencia es la “pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado” (DICCIONARIO RAE, 2001).

Exponer todas las definiciones existentes del concepto de competencia, sería una tarea que sobrepasaría el objetivo de este punto, por lo que con el ánimo de agilizar la comprensión, en la Tabla 1 se recogen distintas definiciones de dicho concepto.

Tabla 1. Definiciones del concepto competencia.

“El grado en que un sujeto puede utilizar sus conocimientos, aptitudes, actitudes y buen juicio asociados a su profesión, para resolver adecuadamente las situaciones de su ejercicio” (Kane 1992).

“Las competencias pueden consistir en motivos, trazos de carácter, conceptos de uno mismo, actitudes o valores, contenido de conocimientos, o capacidades cognitivas o de conducta: cualquier característica individual que se pueda medir de manera fiable y que se pueda demostrar que diferencia de manera significativa entre los trabajadores que mantienen una actuación excelente de los adecuados o entre los trabajadores eficaces e ineficaces” (Hooghiemstra, 1996, p. 33).

“Un saber hacer complejo, resultado de la integración, la movilización y la adecuación de capacidades (conocimientos, actitudes y habilidades) utilizados eficazmente en situaciones que tengan un carácter común” (Lasnier, 2000).

“Las competencias representan una combinación de atributos (con respecto al conocimiento y sus aplicaciones, aptitudes, destrezas y responsabilidades) que describen el nivel o grado de suficiencia con que una persona es capaz de desempeñarlos” (Tuning, 2003, p. 80).

“El conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas relacionadas con el programa formativo que capacita al alumno para llevar a término las tareas profesionales recogidas en el perfil de graduado del programa” (ANECA, 2003).

“La competencia es la capacidad de responder con éxito a las exigencias personales y sociales que nos plantea una actividad o una tarea cualquiera en el contexto del ejercicio profesional. Comporta dimensiones tanto de tipo cognitivo como no cognitivo. Una competencia es una especie de conocimiento complejo que siempre se ejerce en un contexto de una manera eficiente. Las tres grandes dimensiones que configuran una competencia cualquiera son: saber (conocimientos), saber hacer (habilidades) y ser (actitudes)” (Rué, 2005).

“Las competencias son una combinación de conocimientos, habilidades (intelectuales, manuales, sociales, etc.), actitudes y valores que capacitarán a un titulado para afrontar con garantías la resolución de problemas o la intervención en un asunto en un contexto académico, profesional o social determinado” (Ministerio de Educación y Ciencia, 2006, p. 6).

“El buen desempeño en contextos diversos y auténticos basado en la integración y activación de conocimientos, normas, técnicas, procedimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores” (Villa & Poblete, 2007, p. 27).

Como hemos visto, existen muchas definiciones, cada una de ellas con unas características particulares, que configuran la competencia como un concepto multidimensional, difícilmente evaluable. Además, como ponen de manifiesto algunos autores (DURANTE, 2006; FERNÁNDEZ, 1996), la competencia sólo se puede evaluar en la acción, y requiere de la adquisición previa de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades acordes con los resultados de aprendizaje establecidos desde el punto de vista de lo que pretende el profesor y lo que deberá demostrar el alumno.

Un modelo muy aceptado en la bibliografía para realizar una evaluación por competencias en ciencias de la salud es el de Miller (1990). La Pirámide de Miller es una forma gráfica en la que se representa la adquisición de competencias y en consecuencia la forma en la que éstas se pueden evaluar (Figura1) (MILLER, 1990).

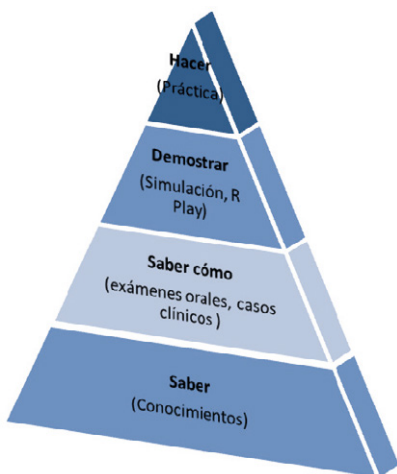
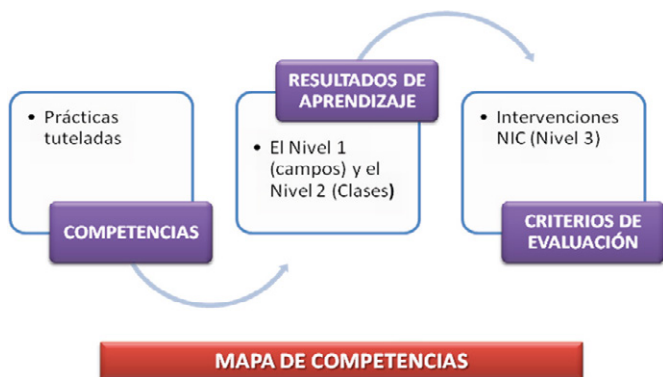


Figura 1. Pirámide de Miller con los métodos de evaluación. Fuente: Miller (1990). Guía para la evaluación de competencias en medicina.

En simulación clínica, una vez definidas las competencias que están implicadas en cada escenario clínico, en qué nivel y contexto se trabajarán y de qué medios se dispondrán, se pueden concretar los resultados de aprendizaje o lo que es lo mismo los objetivos expresados en términos de resultados esperados del alumno. El resultado de aprendizaje describe lo que previsiblemente los estudiantes deberán saber, comprender y ser capaces de hacer al finalizar con éxito un proceso de aprendizaje (FERNÁNDEZ-MARCH, 2010; MOON, 2004).

En los diferentes Practicum Clínicos del Grado en Enfermería de la UCAM, donde está incluida la simulación clínica, cada competencia o grupo de competencias seleccionadas se asocia a unos resultados de aprendizaje que se espera que el alumno alcance. Dichos resultados de aprendizaje se basan en la taxonomía NIC (BULECHEK ET AL., 2009), de manera que coinciden con el Nivel 1 (Campos) y el Nivel 2 (Clases). Como criterios de evaluación se han escogido las Intervenciones de Enfermería que se corresponden con el Nivel 3 (Figura 2), de manera que se integra perfectamente el aprendizaje y evaluación de las competencias con el lenguaje enfermero estandarizado. De esta manera, para cada Practicum se elabora un cuaderno de competencias, donde siguiendo este modelo, se genera un mapa de competencias específico para cada Practicum (ALEGRÍA y PASTOR, 2011; BARBERA, FUNES, OLIVA, GALLEGRO y GIMÉNEZ, 2010A; BARBERA, ET AL., 2010B; CEREZO e IBÁÑEZ, 2011; FUNES, LEAL, CONESA y DÍAZ, 2011; GALLEGRO, GARCÍA, GIMÉNEZ, DÍAZ y CAVA, 2009; GARCÍA, 2011; SIMONELLI, 2011). Por tanto, al finalizar el correspondiente Practicum Clínico que el alumno esté cursando, habrá trabajado los diferentes resultados de aprendizaje y adquirido las competencias asociadas.



Para Dieckman (2009) cualquier escenario de simulación integra todas las actividades que reúnen a personas en el tiempo y espacio alrededor de un simulador. Este autor propone la división analítica en varias fases del ambiente de simulación: sesión formativa previa, introducción al ambiente, reunión y presentación del simulador, introducción teórica, debriefing y finalización. Estas fases se pueden producir de forma simultánea y no tienen por qué estar todas presentes, aunque deben estar interconectadas.

Un escenario clínico podría definirse como *“un caso de un paciente con una trama principal, que tiene como objetivos, unos resultados de aprendizaje específicos para los participantes y observadores”* (ALINIER, 2011, p.10). Los escenarios deben simular situaciones lo más fidedignas posibles con la realidad, con una secuencia de actividades de aprendizaje que impliquen tomar decisiones, resolver problemas, razonamiento crítico, habilidades técnicas, habilidades de comunicación, trabajo en equipo, etc (LEAL ET AL., 2014). Es importante establecer al principio los objetivos de aprendizaje específicos y apropiados para los participantes implicados. Tras definir los objetivos de aprendizaje es

necesario desarrollar el guión del caso del paciente (signos vitales, apariencia física, el entorno). El guión del escenario debe incluir el lugar de los hechos, el estado del paciente, el tiempo de ejecución, el material disponible y las limitaciones que se puede encontrar en el desarrollo del escenario. El escenario y el entorno tiene que ser realista para que los participantes puedan superar la desconfianza que supone un ambiente simulado (ALINIER, 2007; MAESTRE ET AL., 2013). Un nivel de realismo es necesario para que los participantes puedan integrarse en la simulación, tratar al paciente como si fuera real e iniciar el tratamiento como lo harían en una situación clínica real.

Así, como hemos visto, para asegurar el éxito de las sesiones de simulación de alta fidelidad, se requiere una laboriosa preparación, de ahí la necesidad de desarrollar el diseño de cada escenario, elaborar una plantilla con el guión estructurado, con los correspondientes objetivos de aprendizaje e información relacionada con el caso (LEAL ET AL., 2014; MAESTRE ET AL., 2013).

Planteamiento de un aprendizaje práctico simulado en enfermería. El caso de la UCAM.

Algunos autores han argumentado que la formación por competencias es fundamental en la enseñanza enfermera pero no es menos importante ofrecer las herramientas necesarias para la adquisición de las mismas (LATRACH, 2011). Eso es lo que se ha pretendido con la inclusión de la simulación en los planes de estudios de grado en Enfermería, por ejemplo. Es difícil saber si el máximo nivel competencial puede asegurarse gracias al uso de simuladores, en particular los de última generación. No obstante, generar espacios de reflexión sobre la experiencia vivida por los alumnos asegura un aprendizaje activo y esa es la gran ventaja de la simulación clínica.

La simulación permite que los alumnos se familiaricen con situaciones extraídas fielmente de la realidad asistencial y que se escenifiquen en una sala en la que ellos interactúan y donde se supone que adquieren conocimientos, habilidades y conductas. Sin embargo, está aceptado por los expertos en simulación que la adquisición de competencias individuales en habilidades clínicas no es suficiente; la coordinación del equipo, la comunicación y la cooperación son esenciales para una práctica asistencial eficaz y segura (SALAS, 2007).

La simulación Clínica en el Grado en Enfermería de la UCAM no es una asignatura independiente sino que se encuentra integrada en los distintos Practicum, disponiendo de distintas cargas horarias en cada uno de ellos, como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2: Cargas horarias en los diferentes Practicum Clínicos del Grado en Enfermería de la UCAM.

	Practicum I	Practicum II	Practicum III	Practicum IV	Practicum V	Practicum VI
Curso	2º	3º	3º	4º	4º	4º
Créditos (ECTS)	12 ECTS	9 ECTS	9 ECTS	12 ECTS	18 ECTS	12 + 12 ECTS
Horas totales	300 horas	225 horas	225 horas	300 horas	450 horas	600 horas
Horas prácticas	210 horas	140 horas	140 horas	210 horas	300 horas	420 horas
Simulación Clínica	30 horas	24 horas	24 horas	26 horas	Trabajo en la comunidad	40 horas
Temática	Cuidados Básicos	Cuidados Médicos	Cuidados Quirúrgicos	Cuidados Especiales	Atención Primaria	Miscelánea

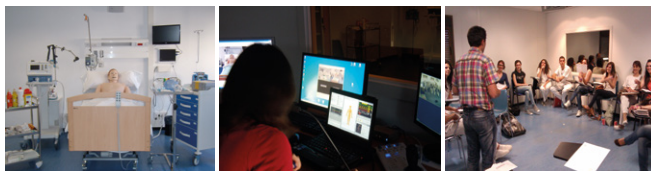
Fuente: Leal et al., 2014.

La implementación de la simulación clínica en los Practicum Clínicos de la UCAM ha sido de forma progresiva, incluyéndose en el curso 2011-2012 en los Practicum I, II y III, y ampliándose durante el curso 2012-2013 al Practicum IV y VI.

La Simulación Clínica supone el 50% de la calificación de los alumnos, obteniendo el otro 50% de la valoración de otros aspectos como la puntuación de los tutores de prácticas en los centros sanitarios, el desarrollo de los portafolios, planes de cuidados, etc. El alto peso que tiene la Simulación Clínica pone de relieve la importancia que se le otorga como metodología de aprendizaje y evaluación por competencias (ROJO y DÍAZ, 2013). Esta experiencia, pionera en España, se basa en la integración de la Simulación en el itinerario formativo del Graduado en Enfermería dentro del Practicum Clínico dónde se complementan las prácticas en entornos clínicos reales con las realizadas en entornos simulados. La Simulación, sin ser un sustitutivo de la formación práctica, se plantea como complemento de la formación práctica de los alumnos de Grado en Enfermería, mejorando el aprendizaje y la evaluación por competencias en los diferentes Practicum Clínicos.

En la actualidad, disponemos de 6 salas de simulación, (con sus correspondientes salas de control y Debriefing), y 7 simuladores avanzados a escala real (SER) (1 SimMan 3G, 5 SimMan Essential y 1 SimBaby de Laerdal), con capacidad para generar entornos reales de la práctica diaria de enfermería tales como, habitaciones hospitalarias, boxes de urgencias y UCI, quirófanos, consultas de Atención Primaria, paritorios, neonatología, etc, así como el equipamiento apropiado para cada entorno (respiradores, monitores, desfibriladores, etc), así como distintos dispositivos para la caracterización de actores (heridas, pechos artificiales, etc.) (Imagen 1).

Imagen 1: Sala de simulación, sala de control y sala de debriefing.



Las sesiones de simulación se realizan en grupos pequeños de 18 alumnos aproximadamente, trabajado de la siguiente forma: un grupo reducido de 2 ó 3 alumnos experimentan una situación lo mas fidedigna posible a los entornos asistenciales reales. Mientras tanto, otros alumnos observan lo que los primeros están haciendo en tiempo real. La observación es reflexiva, por lo que los observadores plasman lo que ven en un documento que servirá para, una vez concluido el escenario simulado, realizar un análisis de la situación experimentada (Debriefing) junto con los alumnos que han ejecutado el caso y el instructor. La acción es recogida en un vídeo que se proporciona a los alumnos actores, con el fin de que éstos observen su actuación y así poder reflexionar al respecto.

La información sobre los escenarios clínicos se facilitan a los grupos de alumnos que deben de preparar para la sesión en que escenifiquen sus casos. Se proporciona datos relativos al paciente, descripción de la situación clínica, un resumen del proceso de enfermería: valoración, diagnósticos de enfermería, planificación (resultados NOC e Intervenciones NIC de enfermería) y un escenario que sitúa temporo-espacialmente su situación clínica, siguiendo así la estructura del proceso de enfermería y utilizando un lenguaje enfermero común NANDA-NOC-NIC. Los escenarios son elaborados por los profesores de simulación o los alumnos dependiendo de la metodología utilizada (utilización o no de

la metodología MAES, concepto que será expuesto en el próximo punto) y basándose en situaciones que los alumnos pueden experimentar en entornos reales. En la evaluación, no sólo se tiene en cuenta el desarrollo del escenario en la sala de simulación, sino también aspectos como la preparación del escenario por parte de los alumnos (búsqueda de información y evidencias científicas), la comunicación con el paciente, la comunicación entre el grupo de trabajo, la participación y defensa de las actuaciones en el debriefing y el trabajo de evaluación entregado al profesor (LEAL ET AL., 2014).

La evaluación por competencias desde nuestro punto de vista, requiere una herramienta que estime si el alumno ha adquirido dichas competencias en todas sus dimensiones (conocimiento, habilidad y actitud). En la herramienta de evaluación que hemos elaborado para los alumnos de enfermería hemos incluido los siguientes aspectos:

- Informe cualitativo: Se realiza una evaluación cualitativa tanto por parte de los compañeros como del instructor, con los puntos fuertes, puntos que necesita mejorar y observaciones.
- Informe cuantitativo: lista de chequeo (Si/No) con las 5 actividades de la intervención NIC más importantes.
- Habilidades no Clínicas: Escala que evalúa los siguientes ítems, habilidades de Comunicación (con el paciente y con el equipo), trabajo en equipo, priorización, reevaluación, coordinación, liderazgo y preparación de los recursos materiales. Cada ítem se evalúa mediante una escala Likert con 5 grados de respuesta (casi nunca, a veces, normalmente, casi siempre y siempre).

- Actitud: Escala que evalúa los siguientes ítems, puntualidad, iniciativa, participación, respeto y trabajo diario. Cada ítem se evalúa mediante una escala Likert con 5 grados de respuesta (casi nunca, a veces, normalmente, casi siempre y siempre).
- Conocimiento: Escala que evalúa los siguientes ítems, preparación del escenario, análisis del escenario, justificación con evidencias científicas, calidad de las fuentes documentales y respuesta a preguntas. Cada ítem se evalúa mediante una escala Likert con 5 grados de respuesta (casi nunca, a veces, normalmente, casi siempre y siempre).

Nuevas metodologías docentes basadas en simulación ¿Qué es MAES?

Como resultado de la fusión sinérgica entre el aprendizaje por problemas (ABP) (ECHEVARRÍA y GÓMEZ, 2009) y la simulación a escala real se ha desarrollado, dentro del grupo de investigación AECRESI de la UCAM, una nueva metodología docente denominada MAES© (Díaz, Leal y García, 2014). MAES se ha establecido como una metodología de referencia en 4º de grado en enfermería de la UCAM en los Practicum IV y VI.

MAES se implementa con la elección, diseño, ejecución y discusión de escenarios clínicos de muy diversa índole seleccionados por los propios alumnos en grupos de trabajo reducidos. Se trata de una secuencia de sesiones que incluyen no sólo la representación y experimentación de escenarios simulados, sino que implica necesariamente el establecimiento de una identidad grupal, una autodirección en la gestión del conocimiento y de las competencias a adquirir, junto con la discusión razonada de las acciones con evidencia científica contrastada.

Para trabajar con esta metodología se precisan grupos de no más de 18 alumnos, divididos en subgrupos de trabajo operativos. En un principio (primera sesión de MAES) se trata de establecer grupos operativos de trabajo de 2-3 personas con una identidad colectiva superior a la individual (HABERMAS, 2003) en base a valores (esencia del grupo), que pueden ser características comunes personales, conductas, emociones, capacidades intelectuales, creencias, etc. Es importante sentar las bases de la cooperación y el trabajo en equipo, asegurando una buena comunicación y capacidad de resolución de problemas. Esto se lleva a cabo a través de una serie de ejercicios que tienen como finalidad identificar estilos de comunicación disruptivos (agresivos o inhibidos), entrenar la comunicación asertiva, plantear estrategias de resolución de conflictos e identificar la figura del líder dentro de cada grupo.

A continuación (todavía primera sesión), se expone una batería de resultados de aprendizaje (ligadas a las competencias a adquirir), de forma atractiva, sugerente y/o interesante, de tal forma, que cada grupo elige de forma voluntaria la temática sobre la que versará su futuro trabajo de simulación. En esta sesión, y una vez que cada subgrupo ha seleccionado su caso de entre las noticias, vídeos, relatos de pacientes, historias clínicas o situaciones de la vida real sacadas de diversas fuentes o incluso eventos críticos de sus prácticas reales, se efectúa una primera discusión sobre los conocimientos y déficits que los alumnos tienen de esas situaciones escogidas.

Como ejemplo, un grupo de alumnos escogió trabajar un escenario sobre la base de un vídeo en el que aparecía una joven amputada de una pierna cuyo muñón estaba siendo vendado. La lluvia de ideas (discusión entre todo el grupo) resultante sirvió para establecer la línea basal de competencias a adquirir y los objetivos de aprendizaje para la siguiente sesión (ver imagen ...).



Imagen 2. Tormenta de ideas y establecimiento de los objetivos en la primera sesión MAES.

Cada grupo se compromete a diseñar un escenario de simulación en el que se integre los resultados de aprendizaje a alcanzar. Dispone de un mínimo de una semana y para el diseño del mismo debe documentarse en bases de datos fiables y en evidencia científica ajustada (para dar respuesta a los resultados de aprendizaje propuestos).

Cada subgrupo diseña su escenario con su caso elegido, haciendo especial hincapié en que tenga relación con los conceptos que se desconocen sobre el tema y cuya discusión será el eje central del Debriefing posterior. Llegado el momento (segunda sesión) cada grupo ejecuta el escenario diseñado, se procede a la discusión del mismo y se sintetiza y comparte con el resto de grupos, las evidencias científicas consultadas para dar respuesta a los resultados de aprendizaje planteados. El instructor de simulación pasa a un segundo plano salvo que tenga que reconducir la situación, manejar el software y el equipo de simulación avanzada y videograbación o fomentar el análisis y la reflexión.

Con la metodología MAES se consigue un aprendizaje autodirigido, experiencial, reflexivo y sin riesgo para el pacien-

te. Se profundiza en aquellos temas que el grupo de alumnos, guiado por el instructor, desconoce o desea profundizar sobre un determinado aspecto de los cuidados que resulta relevante para el alumno, más que para el tutor. De ahí el gran atractivo de un modelo de aprendizaje activo que va en consonancia con las directrices de la enseñanza superior en Europa.

Conclusión. La seguridad del paciente y la simulación clínica.

La simulación es una poderosa herramienta para mejorar la seguridad del paciente y el aprendizaje clínico, estando ante una gran innovación en el área de la educación sanitaria (THOMAS ET AL., 2014). La seguridad del paciente es un concepto multidimensional que es fundamental para la enseñanza clínica. Numerosos aspectos y principios de la seguridad del paciente se pueden incorporar fácilmente en la educación de las enfermeras y estudiantes de enfermería utilizando la simulación clínica de alta fidelidad (DURÁ, 2013).

Las causas principales de errores clínicos están relacionadas con factores humanos, cooperación y comunicación subóptima en el equipo y problemas de liderazgo. Las deficiencias en las dinámicas de grupo, como la comunicación, planificación, y manejo de las tareas en el tiempo son factores asociados en un gran porcentaje a los accidentes evitables. Las intervenciones para la reducción de errores incluyen reforzar la formación y las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas.

El verdadero beneficio educacional derivado del uso de simuladores de paciente no es sólo el entrenamiento y capacitación en habilidades técnicas, sino de otro tipo de habilidades no técnicas como la comunicación, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, etc.

Referências

ABRAHAMSON, S., DENSON, J.S., Y WOLF, R.M. (1969). Effectiveness of a simulator in training anesthesiology residents. *Journal of Medical Education*, 44, 515-19.

ALEGRÍA, A. Y PASTOR, J.D. (2011). *Practicum Clínico VI. Pediatría. Cuaderno de competencias*. Murcia: Universidad Católica San Antonio.

ALINIER, G. (2007). A typology of educationally focused medical simulation tools. *Medical teacher*, 29(8), 243-250.

ALINIER, G. (2011). Developing high-fidelity health care simulation scenarios: A guide for educators and professionals. *Simulation & Gaming*, 42(1), 9-26.

ANECA. (2003). Programa de convergencia europea. El crédito europeo. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación.

ARANAZ, J.M., AIBAR, C., GEA, M.T, LEÓN, M.T. (2004). Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 123(1). 21-5.

ARBOIX, E., BARÀ, J., FERRER, F., FONT, J., FORNS, M. ET AL. (2008). Marc general per a l'avaluació dels aprenentatges dels estudiants. Barcelona, España: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya.

ARIAS, D., HARO, C., Y ROMEROSA, M.M. (2010). Un enfoque innovador del proceso de enseñanza-aprendizaje en la dirección de empresas: el uso de simuladores en el ámbito universitario. *Revista de Educación*, 353, 707-721.

BARBERA, M.C., FUNES, M.J., OLIVA, J., GALLEGRO, J.I. Y GIMÉNEZ, M. (2010a). *Cuaderno de competencias. Practicum Clínico III*. Murcia: Universidad Católica San Antonio.

BARBERA, M.C., PARDO, M., GALLEGO, J.I. GARCÍA, C., DÍAZ, J.L. Y CABALLERO, J. (2010b). Cuaderno de competencias. Practicum Clínico II. Murcia: Universidad Católica San Antonio.

BULECHEK, G.M., BUTCHER, H.K., Y MCCLOSKEY, D.J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). (5ª ed). Barcelona: Elsevier.

CEREZO, A. E IBÁÑEZ, N. (2011). Practicum Clínico VI. Obstétrico-ginecológica. Cuaderno de competencias. Murcia: Universidad Católica San Antonio.

COOPER, J.B., TAQUETI, V.R. (2004). A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training. *Quality & Safety in Health Care* , 13(Suppl 1), i11-i18.

DÍAZ, J.L., LEAL, C, Y GARCÍA, J.A. (2014). Metodología de autoaprendizaje en entornos simulados (MAES©). *Evidentia*, 11(45), 1-6. Recuperado de <http://www.index-f.com/evidentia/n45/ev9620.php>.

DIECKMANN, P. (2009). Simulation settings for learning in acute medical care. In P. Dieckmann (Ed.), *Using Simulations for Education, Training and Research* (pp. 40-138). Lengerich: Pabst.

DURÁ, M.J. (2013). La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería. (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

DURANTE, E. (2006). Algunos métodos de evaluación de las competencias: Escalando la pirámide de Miller. *Hospital Italiano Buenos Aires*, 26(2), 55-61.

ECHEVARRÍA, P., GÓMEZ, R. (2009). Manual de aprendizaje basado en problemas. Nuevas metodologías de aprendizaje en la convergencia europea. Murcia, Diego Marín.

FERNÁNDEZ-MARCH, A. (2010) La evaluación orientada al aprendizaje en un modelo de formación por competencias en la educación universitaria. *Revista de Docencia Universitaria*, 8 (1), 11-34.

FERNÁNDEZ, J. (1996). ¿Evaluación?. No, gracias, calificación. Cuadernos de pedagogía, 243: 92-97.

FUNES, M.J., LEAL, C., CONESA, M.C. Y DÍAZ, A.M. (2011). Cuaderno de evaluación por competencias. Practicum Clínico IV. Murcia: Universidad Católica San Antonio.

GABA, D.M. (2004). The future vision of simulation in health care. Quality and Safety in Health Care, 13 (1), 2-10.

GABA, D.M., Y DE ANDA, A. (1988). A comprehensive anesthesia simulation environment: Re-creating the operating room for research and training. Anesthesiology, 69(3), 387-94.

GALLEGO, J.I., GARCÍA, C., GIMÉNEZ, M., DÍAZ, J.L. Y CAVA, J. (2009). Cuaderno de competencias. Practicum Clínico I. Murcia: Universidad Católica San Antonio.

GARCÍA, C. (2011). Practicum Clínico VI. Geriatría-Gerontología. Cuaderno de competencias. Murcia: Universidad Católica San Antonio.

HABERMAS, J. 2003. Acción comunicativa y razón sin trascendencia. Paidós, Barcelona.

HOOGHIEMSTRA, T. (1996): "Gestión integrada de recursos humanos". En Dalziel, M. M.; J. C. Cubeiro y G. Fernández. (Eds.) Las competencias: clave para una gestión integrada de los recursos humanos. Bilbao: Deusto (pp. 17-45)

ILLICH IVAN.(1975).Némesis médica. La expropiación de la salud. Barral Editores, Barcelona.

JUVÉ, ME., HUGUET, M., MONTERDE, D., SANMARTÍN MJ., MARTÍN, N., CUEVAS, B., DE LA FUENTE, C. & ALVAREZ, G. (2007). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. Parte I. Nursing, 25(4), 56-61.

KANE, M.T. (1992). The assessment of professional competence. *Evaluation and the health professions*, 15(2), 163-182.

KOLB, D.A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.

KROHN HERRMANN, E. (2008). Remembering Mrs. Chase. NSNA Imprint. Feb-March. Online. Recuperado de www.nсна.org/Portals/0/Skins/NSNA/pdf/Imprint_FebMar08Feat_MrsChase.pdf*

LASNIER, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal: Guérin.

LATRACH-AMMAR, C., FEBRÉ, N., DEMANDES, I., ARANEDA, J., Y GONZÁLEZ, I. (2011). Importancia de las Competencias en la Formación de enfermería. *Revista Aquichan*, 11(3), 305-315.

LEAL, C., DIAZ, J.L., ROJO, A., JUGUERA, L., Y LÓPEZ, M.J. (2013). Practicum y simulación clínica en el Grado en Enfermería, una experiencia de innovación docente. *REDU: Revista de Docencia Universitaria*, 12 (2), 421-451.

LÓPEZ, M., RAMOS, L., PATO, O., Y LÓPEZ, S. (2013) La Simulación clínica como herramienta de aprendizaje. *Cirugía Mayor Ambulatoria*, 18(1), 25-29.

MAESTRE, J.M., SANCHO, R., RÁBAGO, J.L., MARTÍNEZ, A., ROJO, E., Y DEL MORAL, I. (2013). Diseño y desarrollo de escenarios de simulación clínica para el entrenamiento de anestesiólogos. *FEM*, 16 (1), 49-57.

MARTÍNEZ, A.A., HUESO, C., Y GÁLVEZ, M. (2010). Strengths and Threats Regarding the Patient's Safety: Nursing Professionals' Opinion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 339-45.

MILLER, G.E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65(9), 63-67.

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN. (2008). ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero. BOE núm. 174 Sábado 19 julio 2008, 31680 - 31683. Recuperado de <http://www.uma.es/ordenac/docs/News/RequisitosEnfermero.pdf>.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. (2005). Directiva 2005/36/CE del parlamento europeo y del consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

NEHRING, W.M., LASHLEY, F.R.(2010) High-Fidelity Patient Simulation in Nursing Education. NY, USA: J&B Publisher.

NIGHTINGALE, F. (1990). Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Masson: Barcelona.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001). Diccionario de la Lengua Española. 22ª edn. Madrid: Espasa Calpe.

RUÉ, J., Y MARTÍNEZ, M. (2005). Les titulacions UAB en l'Espani Europeu d'Educació Superior. Bellaterra: UAB, Servei de Publicacions.

SALAS, E., ROSEN, M.A., Y KING, H.B. (2007). Managing teams managing crises: principles for teamwork in the ER and beyond. *Theor Iss Ergonomics*, 8, 381–94.

SIMONELLI, A. (2011). Practicum Clínico VI. Salud Mental. Cuaderno de competencias. Murcia: Universidad Católica San Antonio.

TEJADA, J. (2005). El trabajo por competencias en el prácticum: cómo organizarlo y cómo evaluarlo. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 7 (2). Consultado el 8 de febrero de 2009 en: <http://redie.uabc.mx/vo7no2/contenido-tejada.html>.

THOMAS, I., NICOL, L., REGAN, L., CLELAND, J., MALIEPARD, D., CLARK, L. DUNCAN, J. (2014). Driven to distraction: a prospective controlled study of a simulated ward round experience to improve patient safety teaching for medical students. *BMJ Quality & Safety*, publicación anticipada on-line. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003272.

TORRE, J.C. & GIL, E. (2004). Hacia una enseñanza universitaria centrada en el aprendizaje. Madrid, España: Univ. Pontifica Comillas.

TUNING. (2003). Educational Structures in Europe. Informe final. Fase uno. Universidad de Deusto. España: ERGM.

VILLA, A., & POBLETE, M. (2004). Practicum y evaluación de competencias. Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado, 8(2), 1-19.

Capítulo 10: Continuidad relacional, informativa y de gestión: los tres elementos claves para lograr una atención conectada e coherente.

Silvana Loana de Oliveira Sousa.

Francesc Medina i mirapeix

Introducción

La continuidad de cuidados puede ser entendida como “la forma en que el paciente experimenta la atención recibida como coherente y conectada en el tiempo” (REID, HAGGERTY & MCKENDRY, 2002). Es el resultado de un buen flujo de información, buenas habilidades interpersonales, y una buena coordinación de la atención.

Esa atención coherente y conectada es cada vez más difícil alcanzar en las actuales y complejas instituciones sanitarias. La numerosa gama de diferentes tipos de proveedores y la variedad de servicios existentes predisponen al apareamiento de lagunas o “discontinuidades” en el cuidado, que se reflejan como pérdidas de información o interrupciones en la prestación de la atención (KROGSTAD, HOFLOSS & HJORTDAHL, 2002). Por ejemplo, la pérdida de coherencia en un plan de atención que ocurre durante los cambios de turno o la pérdida de información que a veces acompaña a las transferencias de los pacientes de un centro a otro, como cuando un paciente es dado de alta del hospital a un centro de rehabilitación (COOK, RENDER & WOODS, 2000).

Desde hace algunos años, profesionales y gestores sanitarios vienen emprendiendo esfuerzos para mejorar la continuidad

de cuidados, especialmente porque se ha demostrado que la continuidad afecta a los resultados clínicos y riesgo de hospitalización (O'CONNOR ET AL., 1998, CYR, MARTENS, BERBICHE, PERREAULT & BLAIS, 2006, GILL & MAINOUS, 1998), a la satisfacción (HJORTDAHL & LAERUM, 1992, FAN, BURMAN, MACDONELL & FIHN, 2005), percepción de calidad asistencial (CHRISTAKIS, WRIGHT, ZIMMERMAN, BASSETT & CONNELL, 2001, PARCHMAN & BURGE, 2002) y seguridad del paciente (COOK ET AL., 2000, KRIPALANI, LE FEVRE, PHILIPS, BASAVIAH & BAKER, 2007). Sin embargo, los esfuerzos para describir la magnitud del problema o formular soluciones se ven obstaculizados porque la continuidad ha sido definida y medida de inúmeras maneras y en función del contexto (REID ET AL., 2002).

En este capítulo expondremos la conceptualización de continuidad de cuidados desde una perspectiva histórica, puesto que la evolución del concepto estuvo intrínsecamente relacionada con la propia evolución de los sistemas sanitarios. Adicionalmente, describiremos los elementos necesarios para que exista continuidad, los diferentes tipos de continuidad y la importancia de cada uno de los tipos según el contexto o la disciplina en la que se aplica el concepto. Por último, contaremos la experiencia de nuestro grupo de investigación con el desarrollo de un estudio para conocer los problemas de continuidad en un servicio de rehabilitación física de un hospital público en el sureste de España.

Evolución del concepto de continuidad y elementos esenciales

El término *continuidad de cuidados* es de difícil conceptualización (REID ET AL., 2002, KING ET AL., 2008) debido a que la continuidad de cuidados es un concepto amplio que trata de integrar diferentes aspectos del cuidado de salud, aspectos que

varían en los diferentes momentos de la evolución de los sistemas sanitarios o en los diferentes ámbitos en los que se presta la asistencia en un momento determinado.

Los primeros intentos de describir la continuidad fueron propuestos con el modelo del cuidado institucionalizado. Bajo este contexto, el enfoque se centró en las transferencias de pacientes a diferentes servicios dentro del hospital (PUGH & MACMAHON, 1967). Con la desinstitucionalización del cuidado, ocurrida en la década de los 70 y 80, los pacientes empezaron a ser transferidos más frecuentemente desde el hospital a la comunidad, y crecieron las preocupaciones por la fragmentación del cuidado. Entonces, el concepto de continuidad sufre cambios, incorporando aspectos del proceso de alta y del cuidado comunitario, para tratar de lograr servicios sensibles a las necesidades de los pacientes tales como la comunicación entre proveedores, el seguimiento del paciente y la estabilidad entre el paciente y el profesional (BASS & WINDLE, 1973, WOLKON, 1970, TESSLER & MASON, 1979).

En este período también se inicia el desarrollo del concepto multidimensional de la continuidad. En este contexto, por ejemplo, se le da un énfasis muy importante a la dimensión de la relación entre el paciente y su proveedor, y surgen conceptualizaciones tales como la propuesta por Coyle et al. (1985) “Continuidad de cuidados implica una relación terapéutica estable entre el paciente y el proveedor, y que el cuidado sea apropiado a las necesidades del paciente”.

En los años 90, el incremento del trabajo en equipos puesto en marcha por los sistemas sanitarios y la integración de sistemas verticales entre niveles asistenciales para la atención a pacientes crónicos, derivó en un mayor énfasis de la continuidad hacia

la coordinación del cuidado entre diferentes equipos de profesionales y entre niveles o agencias para proporcionar servicios “sin costuras” (ininterrumpidos) que reúnan las metas de eficiencia, efectividad y sensibilidad a las necesidades de los pacientes. En la tabla 1, se describen los diferentes conceptos utilizados a lo largo de los años.

A finales de la década de los 90, vinculada a los cambios sanitarios, se desarrolla el concepto de continuidad desde la perspectiva del paciente y bajo ese prisma se sigue ampliando la multidimensionalidad de la continuidad. Hasta entonces, la mayoría de las conceptualizaciones existentes estuvieron más vinculadas a la continuidad en la prestación de cuidados que a la continuidad en la experiencia del cuidado. Las conceptualizaciones de continuidad centradas en la prestación del cuidado reflejan la perspectiva de los profesionales, e incluyen aspectos relevantes para los profesionales, tales como la transferencia de información y la gestión del paciente (STARFIELD, 1980, INSTITUTE OF MEDICINE, 1996), probablemente porque para los profesionales es relevante tener suficiente información y conocimiento del paciente para aplicar mejor sus conocimientos, y tener la confianza de que sus cuidados son reconocidos y seguidos por otros profesionales. La conceptualización de la continuidad centrada en la experiencia del cuidado se orienta hacia la perspectiva de los pacientes, tal y como reflejan las definiciones de Freeman, Shepperd, Robinson, Enrich & Richards (2000) y Reid et al. (2002), descritas en la tabla 1.

Tabla 1. Definiciones de continuidad

Autor	Año	Definición
<i>Mcwbinney</i>	1975	Continuidad no es determinada por la naturaleza de la enfermedad; es una responsabilidad personal continua que termina solamente con la muerte o acuerdo mutuo por decisión de una
		de las partes.
<i>Shortell</i>	1976	Es la medida en que los servicios médicos son recibidos como una sucesión de eventos coordinados e ininterrumpidos, consecuente con las necesidades del paciente.
<i>Davis</i>	1980	Continuidad de cuidado se refiere a la integración constante entre el equipo de proveedores y la información del paciente y acciones dirigidas hacia promover la rehabilitación física y psicosocial del paciente, comenzando en el hospital y continuando después del alta hospitalaria.
<i>Starfield</i>	1980	Continuidad es la manera en que la información sobre el diagnóstico y manejo del problema del paciente es transferida de una visita a otra.
<i>Bachrach</i>	1981	Un proceso que implica un movimiento ordenado e ininterrumpido de pacientes entre diversos elementos del sistema de prestación de servicios de salud.
<i>Wasson et al.</i>	1984	Es una relación en curso entre un paciente y un proveedor del cuidado, independiente de que el paciente tenga algún problema médico en particular.
<i>Fletcher et al.</i>	1984	Es la existencia de un hilo de rosca entre individuo, médico, equipo, y expediente médico que une los episodios del cuidado.
<i>Chao</i>	1988	Continuidad de cuidados puede ser conceptualizada como una actitud por parte del paciente y del proveedor más que una sucesión de visitas con el mismo proveedor.
<i>IOM</i>	1996	Característica que se refiere al cuidado entregado por el proveedor o un equipo de proveedores, comunicación oportuna y efectiva de las informaciones clínicas sobre eventos, riesgos, consejos, y preferencias del paciente.

Zurek	1997	Coordinación de actividades implicando a los pacientes, proveedores y gestores para promover la distribución del cuidado de salud.
Sturmberg	2000	Continuidad de cuidado requiere un entorno estable y una buena comunicación para construir relación de responsabilidad entre médico y paciente y alcanzar como objetivo global la mejoría de la salud del paciente.
Freeman et al.	2000	Es la experiencia de un cuidado coordinado y con progresión lineal desde el punto de vista del paciente.
Reid et al.	2002	Para los pacientes, es la experiencia del cuidado como en un cierto plazo conectado y coherente.

A pesar de la notable clarificación que ha ido sufriendo el concepto de continuidad de cuidados, el término no ha estado exento de cierta confusión terminológica y múltiples términos han sido empleados como sinónimos. La coordinación o la integración de servicios (VALENTÍN, CAMPOS, CARULLA, CASAS & BARÓN, 2004), la continuidad del proveedor y/o longitudinalidad (HJORTDAHL, 1992, FREEMAN & HJORTDAHL, 1997) son algunos de los términos más frecuentemente utilizados. Según Reid et al. (2002), la mayoría de los términos utilizados como sinónimos son erróneos porque bien se refieren a un único aspecto o componente del concepto de continuidad, o bien se refieren a aspectos relativos a los proveedores más que a la experiencia del paciente. Ante la variabilidad de conceptualizaciones que han ido surgiendo y la confusión terminológica, Reid et al. (2002), en un taller de expertos, realizaron un intento de identificar los elementos comunes que conforman lo que es continuidad.

Según estos autores, dos elementos son esenciales para que exista continuidad: que el cuidado debe ser experimentado por

el paciente y debe ser recibido en un tiempo determinado. El primer elemento se refiere a la experiencia del cuidado de un solo paciente con su proveedor o proveedores. Defienden que la continuidad es un aspecto del cuidado y no una cualidad de organizaciones o proveedores y por lo tanto, debe ser experimentada por el propio paciente. Este elemento es básico porque ayuda distinguir continuidad de otros conceptos utilizados a menudo como sinónimos. Por ejemplo, si el enfoque está en la interacción entre proveedores, entonces el concepto refleja coordinación e integración de proveedores, pero no continuidad de cuidados.

El segundo elemento, el tiempo, se refiere a que el cuidado continúa en un intervalo de tiempo. El marco de tiempo puede variar a partir de períodos relativamente cortos, tales como una sola hospitalización, o largos períodos como las relaciones en cuidado primario o cuidado de enfermedades crónicas. El tiempo es un elemento necesario para la continuidad pero no es significativo a menos que se ligue a los tipos de continuidad. Ese aspecto también es básico porque distingue continuidad de otros aspectos. Por ejemplo, permite distinguir la interacción terapeuta-paciente en una sola consulta de la continuidad relacional, que es la existencia de una relación terapéutica establecida en el tiempo.

Tipos de continuidad

Aunque la literatura se ha referido tradicionalmente con el término “dimensiones” de continuidad, un consenso ha apuntado que ese término no es el más adecuado para describir los componentes de la continuidad y recomiendan el término “Tipos de continuidad” (REID ET AL., 2002).

El consenso establecido basa su recomendación en que los componentes de la continuidad son a menudo conceptos paralelos e interrelacionados que asumen diversos grados de importancia dependiendo del contexto o el tipo de profesionales. Por ejemplo, tener información previa del paciente sobre sus últimos acontecimientos clínicos (continuidad informativa) y tener una relación personal con el paciente durante un período (continuidad relacional) no son dimensiones tan distintas de la continuidad. Al contrario, estos elementos son procesos entrelazados que ligan los diversos eventos clínicos de un paciente, contribuyendo para un cuidado coherente.

La mayoría de las “dimensiones” propuestas antes de finales de la década de los 90 se basan en la perspectiva del profesional. Freeman et al. (2000), sin embargo, reconoce la relevancia de incluir dimensiones de la experiencia del cuidado por parte del paciente y establece el desarrollo de un modelo de continuidad de cuidado que comprende cinco “dimensiones”, cuya conceptualización se expone en la tabla 2. Estas dimensiones representan aspectos que los servicios deben tener para alcanzar la continuidad percibida por los pacientes.

Tabla 3. Modelo multidimensional de Freeman et al. (2000)	
Dimensión	Definición
Continuidad de Información	Excelente transferencia de información del paciente.
Continuidad de equipo y entre organizaciones	Efectiva comunicación entre profesionales y servicios y con los pacientes.
Continuidad flexible	Los servicios deben ser flexibles y adaptarse todo el tiempo

	a las necesidades de los pacientes.
Continuidad longitudinal	El cuidado debe ser proporcionado por el menor número posible de profesionales, consistente con otras necesidades.
Continuidad relacional o Personal	Nombrar uno o más profesionales con el cual el paciente pueda establecer y mantener una relación terapéutica.

Poco tiempo después de la propuesta descrita por Freeman et al. (2000) , en el consenso citado anteriormente, Reid et al. (2002) propusieron tres tipos de continuidad que han sido internacionalmente aceptadas, estos tipos son: continuidad informativa, continuidad relacional y continuidad de gestión. Actualmente son utilizadas por la mayoría de los autores (RILEY, STEWART & GRACE, 2007, NAITHANI, GULLIFORD & MORGAN, 2006). A continuación expondremos la conceptualización de cada uno de estos tipos de continuidad.

Continuidad Informativa

La continuidad informativa supone esencialmente disponer y usar información sobre eventos y circunstancias previas, tales como resultados de pruebas complementarias, tratamientos previos, informes de profesionales, etcétera, que permite seleccionar apropiadamente los cuidados que necesita el individuo y su condición (HENNEN, 1975).

Según Reid et al. (2002) y otros autores (WERSCH ET AL., 1997), la información es el “hilo de rosca” que une el cuida-

do entre proveedores, o entre diferentes servicios de salud. Esta información puede almacenarse en registros electrónicos o en formato papel, o en la memoria de los profesionales, y transferirse entre profesionales de forma directa o a través de los sistemas de registro. La comunicación directa entre profesionales fue utilizada tradicionalmente, sin embargo, el aumento de la movilidad de los pacientes y del número de profesionales implicados en su cuidado generó más información que la que podría ser mantenida en las memorias de los profesionales (DONALDSON 2001), generando problemas de continuidad informativa. Bajo esta perspectiva, para que exista continuidad informativa son necesarios, según los expertos, dos aspectos: la transferencia y el uso de la información sobre el problema de salud u otros aspectos, y el conocimiento acumulado sobre el paciente.

Transferencia y uso de información

Se refiere a la transferencia de información escrita entre proveedores (STARFIELD, SIMBORG, JOHNS & HORN, 1977). La transferencia de información es necesaria tanto cuando el paciente visita a múltiples profesionales de un equipo, como cuando ve múltiples profesionales en diferentes momentos distanciados en el tiempo (REID ET AL., 2002).

El uso de la información, y no solo su transferencia, son relevantes en la continuidad de cuidados. Así, aunque la transferencia de información es un requisito necesario, la transferencia en sí misma no es suficiente para unir los componentes del cuidado en el tiempo; es necesario que la información sea recopilada e interpretada por el profesional, de forma que pueda ser útil al tratamiento actual.

Conocimiento acumulado

El conocimiento acumulado puede ser entendido como el conjunto de informaciones no clínicas sobre un paciente, como valores morales, preferencias, contexto social y mecanismos de apoyo social y familiar. Este tipo de información raramente es registrada en las historias clínicas y apenas transferida (ANDERSON & HELMS, 2000). Los investigadores recomiendan que ese tipo de información deba ser enfatizada y por lo tanto, registrada y transferida, de forma similar a las informaciones clínicas, pues el conocimiento del paciente como persona también es un mecanismo para unir elementos separados de la atención. Además, la disponibilidad de ese tipo de información favorece a que los servicios sanitarios sean más sensibles a las necesidades más intrínsecas de los pacientes.

Recientemente, el concepto de continuidad informativa ha recibido críticas orientadas hacia la necesidad de ampliar el concepto (FREEMAN ET AL., 2007). No se trata de sustituir el concepto de continuidad informativa actualmente conocido y utilizado, sino una ampliación del concepto hacia la inclusión del paciente en el proceso de la transferencia de información. Dado el aumento en el énfasis sobre autocuidados, participación y preferencias del paciente, esta ampliación del concepto puede ayudar en el entendimiento de cómo promover continuidad.

Continuidad Relacional

La continuidad relacional se refiere a la relación terapéutica que se establece entre un paciente y uno o más profesionales durante un período de tiempo, como por ejemplo, durante un episodio clínico o el curso de una enfermedad u otros (REID ET AL., 2002). Así, mientras que la continuidad informativa enfati-

za la unión de elementos separados que se suceden a lo largo del tiempo, la continuidad relacional reconoce que lo que conecta el cuidado en el tiempo es el contacto y la relación entre el paciente y el profesional.

Los expertos en continuidad coinciden en señalar que existen dos requisitos, además del componente cronológico, para realzar la continuidad relacional que son: la consistencia del proveedor o proveedores, y la existencia de una relación establecida entre paciente y proveedor.

Consistencia del proveedor

El contacto mantenido con un mismo proveedor, a pesar de no ser garantía de buena relación, es importante porque es requisito básico en la misma y también porque facilita la continuidad informativa y conlleva numerosas ventajas al paciente. El concepto de consistencia del proveedor no requiere que exista un único profesional. La tendencia actual defiende que la continuidad con un equipo de proveedores puede ser más factible que continuidad con un único proveedor (FLETCHER, O'MALLEY, FLETCHER, EARP & ALEXANDER, 1984). El logro de la continuidad debe ser una compensación con accesibilidad. Nadie puede estar disponible durante 24 horas, y un equipo de profesionales que conozca al paciente, con una práctica organizada capaz de subsanar problemas agudos, puede sustituir el cuidado centrado en un único proveedor (DONALDSON, 2001).

Relación establecida entre el proveedor y el paciente

Cuando un paciente ve a uno o más proveedores en sucesivas visitas durante un período definido de tiempo, se considera que existe una relación terapéutica establecida entre ellos (REID ET AL., 2002). Aunque referido como elemento clave por mu-

chos autores, el contacto mantenido en el tiempo solamente no es suficiente para garantizar una relación estable. La naturaleza y la calidad de los contactos son más importantes que la cantidad y actualmente se cree que se puede lograr una buena relación con relativamente pocos contactos. Los pacientes prefieren a los proveedores que escuchan y que solucionan sus problemas, no sólo que simplemente le sigan durante un largo período de tiempo (FREEMAN & HJORTDAHL, 1997).

Según Reid et al. (2002), una fuerte relación conlleva el desarrollo de un sentido de afiliación entre los pacientes y sus proveedores, por ejemplo en Fisioterapia se dice “mi fisioterapeuta” o “mi paciente”. En este sentido Hjortdhal (1992), menciona que esta afiliación suele conducir a que los profesionales tengan un sentido de responsabilidad hacia los pacientes. El sentido de responsabilidad significa que los pacientes son conscientes de quién está a cargo de su cuidado, de quién es el responsable de tomar las decisiones sobre su tratamiento y de comunicar a él y su familia las informaciones pertinentes (BANAHAHAN & BANAHAN, 1981).

Continuidad de Gestión

La continuidad de gestión del paciente se refiere a la provisión de cuidados de salud a lo largo del tiempo en la forma que se complementen y que no se produzca una mala programación de los servicios, ausencias o duplicaciones (REID ET AL., 2002). Este tipo de continuidad es especialmente relevante cuando el cuidado es prestado por una variedad de proveedores. En este contexto, compartir planes de gestión del caso en los que las metas, el tratamiento y las líneas de responsabilidad de cada profesional se hacen explícitos es la manera de evitar variabilidad y

contradicciones. Por ello, los expertos en temas de continuidad coinciden en señalar que la consistencia entre los proveedores del cuidado es un aspecto esencial para que exista continuidad de gestión del paciente.

Aunque menos considerado en la literatura, la continuidad de gestión también es relevante cuando el cuidado se presta a lo largo de un tiempo en el que el paciente sufre cambios en el estado de salud, sean positivos o negativos. En este sentido, se considera que la flexibilidad o la capacidad de adaptarse a los cambios es el segundo de los aspectos esenciales para que exista continuidad de gestión.

Consistencia de cuidados

Para alcanzar la consistencia del cuidado los proveedores deben compartir un plan de gestión o de cuidados común, y actuar de forma coordinada. Los planes de cuidados ponen en evidencia el contenido, la sincronización y la secuencia en el tiempo de las intervenciones que deben ser realizadas a los pacientes y es un elemento clave para lograr la coordinación entre los profesionales. Aunque el término coordinación se refiera específicamente a la interacción entre proveedores y no a la continuidad en sí misma, da lugar a que el paciente detecte la “continuidad de gestión,” pues significa que el cuidado recibido de diversos proveedores está conectado de una manera coherente (STARFIELD, 1980).

Los servicios de naturaleza multidisciplinaria, como la atención hospitalaria o la atención especializada de enfermedades crónicas, son más vulnerables a que ocurran inconsistencias en el cuidado. Mantener la comunicación y la coordinación entre los distintos profesionales o niveles asistenciales es difícil. La literatura apunta que los profesionales sanitarios no saben a menudo

lo que está haciendo el otro y que la comunicación entre ellos no está próxima a ser óptima (WERSCH ET AL., 1997).

Recientemente, el concepto de continuidad de gestión también ha recibido críticas orientadas hacia la necesidad de ampliar el concepto, por lo que se ha recomendado a los investigadores incluir al concepto la participación del paciente como un proveedor más dentro del plan de gestión de su propia condición clínica. Pacientes y cuidadores perciben que ellos tienen un papel a jugar en el logro de la continuidad de cuidados. En particular, existe un claro sentido de que los cuidadores informales asumen un rol para alcanzar la continuidad de gestión en representación del paciente. Por su parte, los pacientes ven que pueden colaborar comunicándose claramente con los proveedores, cumpliendo con las recomendaciones del tratamiento e involucrándose en sus autocuidados. En otro sentido, existen casos en los que el paciente tiene que autogestionar el acceso a los servicios sanitarios recomendados (FREEMAN ET AL., 2007).

Flexibilidad

Un episodio clínico puede transcurrir en diferentes escenarios, de forma que las necesidades inherentes al estado de salud del paciente se van modificando. Los profesionales y los servicios deben ser capaces de adaptar los planes de cuidados en respuesta a las necesidades y circunstancias del paciente. La flexibilidad debe ser una característica básica de toda estrategia del cuidado dirigida hacia la atención de procesos clínicos que se prolongan por un largo período, como los cambios ocurridos en el estado funcional de pacientes crónicos, o mismo los cambios en el ciclo vital de algunos pacientes (REID ET AL., 2002).

Relevancia de los tipos de continuidad de cuidados según ámbito clínico o disciplina

La continuidad de cuidados es valorada de diferentes maneras por pacientes e investigadores dependiendo del ámbito clínico o disciplina donde se proporciona el cuidado. Por ejemplo, la consistencia del proveedor puede ser más valorada por los pacientes de atención primaria que por los pacientes de cuidado hospitalario. En este apartado se describen que aspectos de la continuidad son enfocados en los principales ámbitos clínicos.

Atención primaria

Los aspectos más importantes para pacientes, proveedores e investigadores en atención primaria son la consistencia del proveedor y una relación terapéutica establecida entre paciente y proveedor. Las relaciones personales estables y fuertes entre pacientes y médicos de atención primaria son vistas como ventajas terapéuticas en sí mismas y es un tema incuestionable en este ámbito.

Desde el punto de vista de los pacientes, ellos valoran positivamente ve al mismo proveedor en sucesivas visitas, especialmente porque son ellos, en atención primaria, el *agente principal* de la continuidad relacional. Esa continuidad relacional se expresa a menudo como lealtad del paciente hacía el proveedor, porque las visitas se inician habitualmente por iniciativa del propio paciente y mantener el contacto depende especialmente de él. Los proveedores de atención primaria parecen que raramente hacen esfuerzos para entrar en contacto con aquellos pacientes que faltan a las visitas de seguimiento. Sin embargo, a pesar de esto, la mayoría de los proveedores de atención primaria entienden “continuidad” como una relación establecida entre un solo médico y un paciente (FREEMAN & HJORTDAHL, 1997).

Las razones para que los pacientes valoren principalmente la continuidad relacional como aspecto de la continuidad se deba al hecho de que, primero, los problemas clínicos tratados a menudo no son agudos, donde se aprecia más las relaciones personales que la solución inmediata del problema; segundo, porque las demandas de cuidados primarios pueden ocurrir por toda la vida, y los pacientes no desean contar toda su historia a diferentes proveedores; el mantenimiento del mismo proveedor les da la sensación de que el proveedor que les atiende regularmente les “conoce” como persona (HJORTDAHL, 1992).

Por lo tanto, los investigadores en atención primaria han dirigido su atención hacia aspectos de la continuidad relacional. La mayoría de ellos, se han centrado en describir los aspectos cronológicos de la atención, tales como la duración del contacto entre el paciente y un proveedor o la concentración del cuidado (CHRISTAKIS ET AL., 2001), bajo la asunción de que el contacto mantenido con un único proveedor facilita relaciones personales más fuertes, mejora la continuidad informativa y de gestión. Otros, menos frecuentemente, han ido hacia examinar el tipo y calidad de las relaciones interpersonales, y han descrito aspectos como el nivel de confianza (KAO, GREEN, ZASLAVSKY, KOPLAN & CLEARY, 1998, KEATING, GREEN, KAO, GAZMARARIAN, WU & CLEARY, 2002) o el grado en que el paciente conoce a su proveedor y viceversa.

Salud mental

Los aspectos más enfatizados de la continuidad en salud mental han sido la continuidad de gestión y la continuidad relacional. Por las necesidades requeridas por estos pacientes, los servicios ofrecidos se extienden a una amplia gama de disciplinas,

incluyendo hasta servicios sociales. Así, el uso del término continuidad de cuidados en salud mental, se ha asociado a la necesidad de conectar las intervenciones de los diversos tratamientos, a corto y a largo plazo. Esos pacientes necesitan de planes de cuidado con metas y acercamientos compartidos, especialmente en la transición del hospital a los servicios comunitarios (TESSLER & MASON, 1979). Además, necesitan de planes flexibles, individualizados a sus necesidades cambiantes (BASS & WINDLE, 1972).

La continuidad relacional también es un factor importante para los pacientes de salud mental, e se traduce por la estabilidad de las relaciones entre el paciente y el proveedor. Diferentemente de atención primaria, se traduce como una relación personal entre el paciente y un equipo de proveedores, y no con un único proveedor. Esta estrategia es utilizada para evitar que los pacientes evolucionen demasiado dependientes de un único proveedor. Sin embargo, la estabilidad del equipo es imprescindible, debido a la dificultad que muchos pacientes de salud mental tienen para formar y mantener relaciones personales.

Enfermería

En el área de enfermería, la transferencia de información es el principal aspecto de la continuidad de cuidados. Debido a ser una disciplina que implica a menudo una grande cantidad de personal, con cambios frecuentes de turnos, la comunicación entre las enfermeras es fundamental para asegurar que las necesidades de los pacientes están atendidas y el cuidado es constante.

La transferencia de información es el principal medio que utilizan las enfermeras para coordinar el cuidado (HELLESO, SORENSEN & LORENSEN, 2005). Por la actividad que desempeñan, los errores ocasionados por la falta de comunicación

entre las enfermeras pueden producir efectos adversos severos, porque son los profesionales responsables de administrar los diversos tratamientos a los pacientes e incluso de gestionar la prestación de otros servicios. Realizan también un papel clave en la transición del paciente del cuidado hospitalario al cuidado comunitario o domiciliario, y más que cualquier otra disciplina han asumido la responsabilidad del proceso del alta del paciente.

Debido a ello, la literatura de enfermería se centra especialmente en la transferencia de información entre las enfermeras del hospital y de atención primaria. La mayoría de los trabajos relaciona continuidad con el planeamiento del alta después de un episodio agudo (HAGGERTY ET AL., 2003). Otros, han descrito estrategias de gerencia de información utilizadas por el hospital y el cuidado domiciliario, para los pacientes con necesidad de continuar su tratamiento después de un episodio de hospitalización (HELLESO ET AL., 2005).

Rehabilitación física

En Fisioterapia hay una carencia de investigaciones que enfoquen los aspectos de la continuidad de cuidados. Los pocos trabajos desarrollados en Fisioterapia se han centrado en los aspectos cronológicos de la atención del paciente, como la consistencia del proveedor y la duración de la relación entre el fisioterapeuta y el paciente (BEATTIE, DOWDA, TURNER, MICHENER & NELSON, 2005).

Este enfoque sobre la continuidad relacional, especialmente en la duración de la afiliación entre el paciente y el fisioterapeuta, puede ser explicada por dos motivos. Por una parte, la duración temporal, tanto de los tratamientos en su globalidad, como la duración de cada visita, suele ser relativamente más larga que en

otras disciplinas. Los pacientes con enfermedades neurológicas, por ejemplo pacientes que sufren un accidente cerebro vascular, suelen estar durante un largo período de su vida involucrados en algún tratamiento de rehabilitación.

Por otra parte, los tratamientos de Fisioterapia implican un contacto directo entre el paciente y el fisioterapeuta durante las visitas, que realza el aspecto interpersonal. Además, durante el desarrollo de su tratamiento los pacientes solicitan apoyo del fisioterapeuta no sólo para su recuperación física, sino también en muchos casos, solicitan apoyo emocional. Por lo expuesto, es comprensible que la continuidad relacional sea vista como un aspecto importante dentro de la atención Fisioterapéutica, tanto para pacientes como para investigadores.

Continuidad de cuidados en un servicio de fisioterapia de un hospital español. Relato de experiencias.

A pesar de la notable evidencia que existe en otras disciplinas sobre las repercusiones de la continuidad en los resultados, escasos son los estudios realizados en el ámbito de la fisioterapia, especialmente en el contexto hospitalario. En base a esta carencia, hemos diseñado y llevado a cabo una investigación pionera sobre la continuidad de cuidados implicada en la fisioterapia del paciente hospitalizado.

El estudio fue desarrollado en un hospital público de la Región de Murcia, en el sureste de España, durante el período de 2007 a 2009, y financiado por la Fundación para la Formación e investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS). Consistió en un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de describir las experiencias de los pacientes con la continuidad de sus cuidados.

Para ello, aplicamos un cuestionario de experiencias de los pacientes con la continuidad en fisioterapia (OLIVEIRA SOUSA, 2009), diseñado y validado por nuestro grupo de investigación, compuesto por 13 ítems que incluyen los tres tipos de continuidad descritos en la literatura (Continuidad informativa, relacional y de gestión) y reportados por nuestros pacientes en el estudio cualitativo previo (OLIVEIRA SOUSA, 2009). El cuestionario fue entregado en manos de cada paciente en el día del alta o anterior a este. Contestaron al cuestionario un total de 140 pacientes (tasa de respuesta de 56,4%). La edad media de los participantes fue de 68,6 (DT=14,9), siendo el 61,7% mujeres. A continuación, describiremos resumidamente los principales resultados encontrados en el estudio.

Percepción de problemas por los pacientes asociados a la continuidad de cuidados en fisioterapia hospitalaria

En general, nuestros pacientes identificaron un alto porcentaje de problemas en la mayoría de los ítems analizados. En la tabla 3 se exponen para cada una de las experiencias señaladas en los ítems las proporciones de pacientes que percibieron problemas. Los ítems están organizados por tipos de continuidad y por índices que fueron generados en función del período de la estancia hospitalaria (estancia, alta o seguimiento).

Ítems	N	% (\pm IC 95%)
<u>CONTINUIDAD DE GESTIÓN</u>		
Durante estancia		
% de pacientes que pierden alguna sesión de fisioterapia programada.	110	26,4 (\pm 4,8)
% de pacientes que no se les orienta sobre los ejercicios que debe realizar en	136	20,6 (\pm 3,3)
la habitación del hospital a lo largo del día.		
% de pacientes que reciben de los diversos profesionales sanitarios información	130	5,4 (\pm 0,8)
contradictoria sobre ejercicios o posturas recomendadas.		
Al alta		
% de pacientes cuyos familiares/acompañantes no recibe orientación suficiente	131	64,9 (\pm 11,0)
para poder ayudarles con los ejercicios en casa.		
% de pacientes que no se les orienta sobre los ejercicios que debe realizar en	135	45,0 (\pm 7,5)
casa para recuperarse.		
En el seguimiento		
% de pacientes que esperan más de 10 días para continuar su tratamiento de	99	64,6 (\pm 12,6)
fisioterapia después de su alta del hospital.		
<u>CONTINUIDAD RELACIONAL</u>		
% de pacientes que no conocen el nombre del fisioterapeuta que les atiende	106	59,4 (\pm 11,2)
durante su hospitalización.		
% de pacientes que estableció con el fisioterapeuta regular que les atiende una	112	48,2 (\pm 8,8)
relación terapéutica mala o normal.		
<u>CONTINUIDAD INFORMATIVA</u>		
Durante estancia		

% de pacientes que no se les informa del horario aproximado de la visita del fisioterapeuta para poder estar preparado/a.	115	64,7 ($\pm 11,7$)
% de pacientes que perciben que en algún momento el fisioterapeuta que les atiende no dispone de información sobre algún problema de su salud.	103	14,6 ($\pm 2,7$)
Al alta		
% de pacientes que no se les informa sobre el centro donde tienen que seguir su tratamiento de fisioterapia post-alta.	106	50,0 ($\pm 8,5$)
% de pacientes que no se les ayudó en los trámites para solicitar el tratamiento de fisioterapia post-alta.	107	30,8 ($\pm 5,7$)
% de pacientes que no se les informa que deben continuar recibiendo el tratamiento de fisioterapia después del alta hospitalaria.	108	9,3 ($\pm 5,4$)

Como se puede observar, cuatro ítems fueron percibidos como problema por más del 50% de los pacientes. Dos de ellos se relacionan con la continuidad de gestión: “Familiares no reciben orientaciones para ayudar al paciente en casa” (64,9%) y “Pacientes que esperan más de 10 días para el seguimiento” (64,6%). De los otros dos, uno se refiere a la continuidad informativa “Pacientes que no les informa sobre el horario de la visita del fisioterapeuta” (64,7%) y el otro a continuidad relacional “Pacientes que no conocen el nombre del fisioterapeuta” (59,4%).

Por otra parte, los tres ítems que representaron problema con menor frecuencia (inferior al 20%) entre los pacientes fueron “Reciben información contradictoria sobre ejercicios” (5,4%) relativo a la continuidad de gestión, y dos relativos a la continuidad informativa “No reciben información sobre la continuidad de su tratamiento” (9,3%) y “El fisioterapeuta no disponía de información” (14,6%).

El gráfico de Pareto de la figura 1 permite observar que la frecuencia relativa acumulada de problemas de continuidad respecto al total de problemas percibidos en el conjunto de los ítems supone el 50,1% para los referidos 4 ítems. Por el contrario los tres ítems con menores porcentajes presentan una frecuencia acumulada de tan solo un 2,9%.

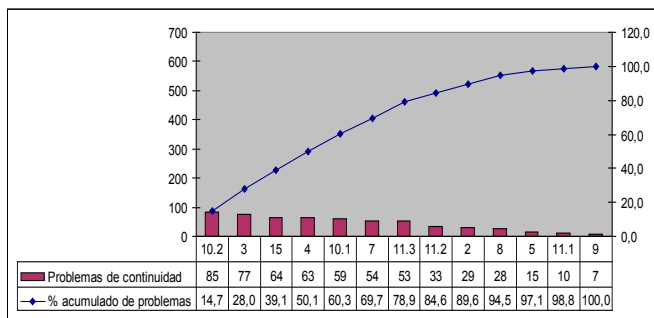


Figura 8. Gráfico de Pareto de problemas de continuidad en cada ítem

Al analizar el porcentaje de problemas por cada índice de continuidad, según el tipo y el momento de la estancia hospitalaria, obtuvimos los siguientes resultados. El índice de continuidad global presentó un porcentaje medio de problemas de 39,4%. Con respecto a los tres tipos de continuidad, el índice de continuidad de gestión presentó menor porcentaje medio de problemas (36,6%), valor muy similar al obtenido por el índice de continuidad informativa (36,7%). El índice vinculado a la relación del paciente con el fisioterapeuta fue el que presentó mayor porcentaje de problemas (52,1%). La tabla 4 muestra para cada índice el porcentaje medio de problemas respecto al total de posibles, con su respectivo intervalo de confianza.

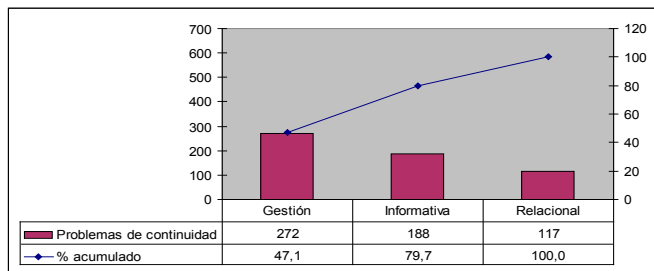
Tabla 4. Porcentaje medio de problemas en cada índice de continuidad de cuidados

Índices	N	Porcentaje medio (± I.C. 95%)
<u>ÍNDICE DE CONTINUIDAD DE GESTIÓN</u>	140	36,6 (±2,2)
*Índice de continuidad de gestión durante estancia	139	17,6 (±2,0)
*Índice de continuidad de gestión al alta	136	55,2 (±3,7)
*Índice de continuidad de gestión en el seguimiento	99	64,6 (±4,8)
<u>CONTINUIDAD RELACIONAL</u>	115	52,1 (±3,7)
<u>ÍNDICE DE CONTINUIDAD INFORMATIVA</u>	132	36,7 (±2,4)
*Índice de continuidad informativa durante estancia	116	43,7 (±3,3)
*Índice de continuidad informativa al alta	108	30,4 (±2,9)
<u>ÍNDICE DE CONTINUIDAD GLOBAL</u>	140	39,4 (±1,89)

Relativo a la continuidad de gestión el índice que supuso menor porcentaje medio de problemas fue el relativo a la gestión de los cuidados del paciente durante la estancia “Índice de continuidad de gestión durante estancia” (17,6%). En contrapartida, la gestión de los cuidados del paciente con respecto al seguimiento de la Fisioterapia post-alta “Índice de continuidad de gestión en el seguimiento” (64,6%), representa el mayor porcentaje de problemas. Diferentemente de la continuidad de gestión, el índice con mayor porcentaje medio de problemas fue el vinculado a la información recibida por el paciente durante su estancia “Índice de continuidad informativa durante estancia” (43,7%).

Sin embargo, el índice de continuidad de gestión si bien no es el que presenta el mayor porcentaje medio de problemas,

se puede observar el gráfico de Pareto (figura 2) que es el que acumula el mayor porcentaje relativo de problemas percibidos (47,1%) respecto al total de problemas percibidos por el conjunto de pacientes en el total de ítems.



En base a los resultados de nuestra experiencia, podemos decir que la continuidad de cuidados en fisioterapia hospitalaria supone un problema en nuestro contexto. Sin embargo, la magnitud del problema depende del tipo de continuidad implicada y de la fase de hospitalización del paciente.

REFERENCIAS

ANDERSON MA, FOREMAN MD, THEIS SL, HELMS LB (1997). Unanticipated results of continuity of care research with the elderly, Part 2: Health system issues. *West J Nurs Res*, 19: 531 – 535.

ANDERSON MA, HELMS LB.(2000). Talking about patients: communication and continuity of care. *J Cardiovasc Nurs*,14:15 – 28.

BACHRACH LL. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry*,138:1449 –1456.

BANAHAN BFJ, BANAHAN BF. (1981). Continuity as an attitudinal contract. *J Fam Pract*, 12:767 – 768.

BASS RD, WINDLE C. (1973). A preliminary attempt to measure continuity of care in a community mental health centre. *Comm Ment Health J* , 9: 53 – 62.

BEATTIE P, DOWDA M, TURNER C, MICHENER L, NELSON R. (2005). Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther*, 85: 1046 – 1052.

CHAO J. (1988). Continuity of care: incorporating patient perceptions. *Fam Med*, 20: 333 – 337 .

CHRISTAKIS DA, WRIGHT JA, ZIMMERMAN FJ, BASSETT AL, CONNELL FA. (2001). Continuity of care is associated with high-quality care by parental report. *Pediatrics*, 109: 1-6.

COOK RI, RENDER M, WOODS DD. (2000). Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*, 320:791-94.

COYLE, N., MONZILLO,E. LOSCALZO, M. FARKAS,C., MASSIE,M. AND FOLEY, k. (1985). A modelo f continuity of care for care for cancer patients with pain and neuro-oncologia complications. *Cancer Nurs*, 8: 111 – 119.

CYR MC, MARTENS AC, BERBICHE D, PERREAULT S, BLAIS L. (2006). Continuity of care in the ambulatory treatment of adolescents with asma. *J Adolesc Health*, 39: 926.

DAVIS MZ. (1980). The organizational, interactional and care-oriented conditions for patient participation in continuity of care: a framework for staff intervention. *Soc Sci Med.*, 14: 39 – 47.

DONALDSON MS. (2001). Continuity of care: a reconceptualization. *Med Care Res Rev*, 58: 255.

FAN VS, BURMAN M, MCDONELL MB, FIHN SD. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med*, 20: 226 – 233.

FLETCHER RH, O'MALLEY MS, FLETCHER SW, EARP JL, ALEXANDER JP. (1984). Measuring the continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers. *Med Care*, 22: 403 – 410.

FREEMAN G, HJORTDAHL P. (1997). What future for continuity of care in general practice? *BMJ*, 314: 1870 – 1873.

FREEMAN GK, WOLOSHYNOWYCH M, BAKER R, BOULTON M, GUTHRIE B, CAR J, HAGGERTY J, TARRANT C. Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) 2007.

FREEMAN GK. (1987). Measuring continuity of care. *Fam Pract*, 4: 249 – 250.

FREEMAN, G, SHEPPERD S, ROBINSON I, EHRICH K, RICHARDS S. (2000). Continuity of care. Report of a scoping exercise for the National Coordinating Centre for NHS.2000.

GILL JM, MAINOUS III AG. (1998). The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*, 7: 352 – 357.

HAGGERTY JL, REID RJ, FREEMAN JK, STARFIELD BH, ADAIR CE, MCKENDRY M. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327:1219–21.

HELLESO R, SORENSEN L, LORENSEN M. (2005). Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics*, 74: 960-972.

HENNEN BK. (1975). Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. *J Fam Pract*, 2:371-372.

HJORTDAHL P, E LAERUM. (1992). Continuity of care in general practice: Effect on patient satisfaction. *BMJ*, 304: 1287 – 1290.

HJORTDAHL P. (1989). General practice and continuity of care: organizational aspects. *J Fam Pract*, 292 – 298.

HJORTDAHL P. (1992). The influence of general practitioners' knowledge about their patients on the clinical decision-making process. *Scand J Prim Health Care*, 10: 290 – 294.

INSTITUTE OF MEDICINE. (1996). Primary care: America's Health in a new era. Washington, DC: National Academy Press. *J Fam Pract* 51: 619 – 624.

KAO AC, GREEN DC, ZASLAVSKY AM, KOPLAN JP, CLEARY PD. (1998). The relation between method of physician payment and patient trust. *JAMA*, 280: 1708 – 1714.

KEATING NL, GREEN DC, KAO AC, GAZMARARIAN JA, WU VY, CLEARY PD. (2002). How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *J Gen Intern Med*, 17: 293 – 299.

KING M, JONES L, RICHARDSON A, MURAD S, IRVING A, ASLETT H, RAMSAY A, COELHO H, ANDREOU P, TOOKMAN A, MASON C AND NAZARETH I. (2008). The relationship between patients' experiences of continuity of cancer care and health outcomes: a mixed methods study. *British J Cancer*, 98: 529 – 536.

KRIPALANI S, LE FEVRE F, PHILIPS OC, BASAVIAH P, BAKER WD. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital – based and primary care physicians. Implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 297: 831 – 841.

KROGSTAD U, HOFLOSS D, HJORTDAHL P. (2002). Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *BM J*, 324:36-8.

MCWHINNEY IR. (1975). Continuity of care in family practice. Part 2: implications of continuity. *J Fam Pract*, 2(5):373-374.

O'CONNOR PJ, DESAI J, RISH WA, CHERNEY LM, SOLBERG LI, BISHOP DB. (1998). Is having a regular provider of diabetes care related to intensity of control? *J Fam Pract*, 47: 290 – 297.

OLIVEIRA SOUSA SL. (2009). Continuidad de cuidados implicada en la fisioterapia: magnitud, factores asociados e impacto sobre la salud y satisfacción. PhD Tesis. Murcia: Universidad de Murcia; 2009.

PARCHMAN ML, BURGE, SK. (2002). Continuity and quality of care in type 2 diabetes: a Residency Research Network of South Texas study. *Pediatrics*, 109: 1 – 6.

PUGH TE, MACMAHON B. (1967). Measurement of discontinuity of psychiatric inpatient care. *Public Health Reports*, 82: 533 – 538.

REID R, HAGGERTY JJ, MCKENDRY R. (2002). Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare. Final report. Prepared for the Canadian Health Services Research Foundation, the Canadian Institute for Health Information, and the Advisory Committee on Health Services of the Federal/Provincial/Territorial Ministers of Health. 2002.

RILEY DL, STEWART DE, GRACE SL. (2007). Continuity of cardiac care: cardiac rehabilitation participation and other correlates. *Inter J Cardiology*, 119: 326 – 333.

SÁNCHEZ RP, MIRAS AL, CAMACHO JG, FERNÁNDEZ MP. (1997). Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. *Rev Esp. Salud Pública*, 71: 479 – 485.

SHORTELL SM. (1976). Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Med Care*, 14: 377 – 391.

STARFIELD B, SIMBORG D, JOHNS C, HORN S. (1977). Coordination of care and its relationship to continuity and medical records. *Med Care*, 15: 929 – 388.

STARFIELD B. (1980). Continuous confusion. *Am J Public Health*, 70: 117-119.

STURMBERG JP. (2000). Continuity of care: towards a definition based on experiences of practising GPs. *Fam Pract*, 17: 16 – 20.

TESSLER R, MASON J. (1979). Continuity of care in the delivery of mental health services. *Am J Psychiatry*, 136:1297 – 1301.

VALENTÍN V, CAMPS C, CARULLA J, CASAS A Y BARÓN MG. (2004). Organización de los cuidados continuos. *Psicooncología*, 1: 7 – 24.

WASSON JH, SAUVIGNE AE, MOGIELNICKI RP, FREY WG, SOX CH, GAUDETTE C, ET AL. (1984). Continuity of outpatient medical care in elderly men: a randomized trial. *JAMA*, 252: 2413 – 2417.

WERSCH A, BONNEMAB J, PRINSEN B, PRUYN J, WIGGERSD T, GEELD A. (1997). Continuity of information for breast cancer patients: the development, use and evaluation of multidisciplinary care-protocol. *Patient Education and Counseling*, 30: 175 – 186.

WOLKON GH. (1970). Characteristics of clients and continuity of care into the community. *Community Ment Health J*, 6: 215 – 211.

ZUREK EL. (1997). Continuity of care. Editors. Introduction to community based nursing. Philadelphia; New York: Lippincott-Raven Publishers, 67 – 70.

María José López Arroyo
Consuelo Helena Aires de Freitas

Los logros obtenidos por los sistemas sanitarios en los últimos 50 años son incuestionables sobre todo en términos de efectividad, mejoras en las condiciones de salud, mayor equidad y mayor satisfacción en la población. Estas mejoras han generado cambios demográficos, incremento de patologías crónicas, medicalización de la vida cotidiana, incremento de los costes sanitarios y aumento de las expectativas sociales hacia los servicios sanitarios, que suponen retos para la Calidad Asistencial.

No podemos olvidar que el desarrollo de la investigación médica y la aparición de nuevas tecnologías aplicadas al sector sanitario, han contribuido a la efectividad en la prestación de la asistencia sanitaria, pero también representan un problema importante en relación con el deber ético de la misma, que es garantizar la mayor Seguridad para los Pacientes. La OMS plantea en 2004 la necesidad de desarrollar una Alianza para la Seguridad del Paciente en los Sistemas Sanitarios.

La cooperación, el intercambio y el desarrollo de proyectos interuniversitarios e intersectoriales resultan fundamentales para el desarrollo y la globalización del conocimiento, que facilita el desarrollo del talento humano y la innovación en el abordaje de problemas de ámbito mundial.

Este libro es el resultado de la cooperación entre instituciones universitarias de dos países con realidades socioeconómicas y culturales diferentes, Brasil y España, pero con la necesidad de

abordar uma temática tan universal como es la Seguridad del Paciente en el entorno sanitario.

La principal aportación de este trabajo radica en el análisis del problema desde la intersectorialidad. En el ámbito académico se abordan los conceptos teóricos y metodológicos, así como la adecuada formación de los profesionales de Enfermería para garantizar la Seguridad del Paciente. En el ámbito asistencial se analiza la Seguridad del Paciente en los dos niveles de atención sanitaria, Hospitalaria y Atención Primaria y la importancia de la Gestión Sanitaria y de los Recursos Humanos. Por último, se aportan diferentes experiencias y estrategias desarrolladas tanto en la prestación de la asistencia sanitaria, como en los programas de formación académica para mejorar y garantizar la seguridad del paciente dentro de los sistemas sanitarios del siglo XXI.

Os escritos contidos neste livro são provenientes de experiências acadêmicas, desde os renomados estudiosos, referência literária internacional para o campo temático “segurança na saúde e educação”, a docentes e discentes mestrandos e doutorandos que vem estudando a temática.

Nada mais fértil que a troca de experiências na academia, propósito nosso, professores e pesquisadores no intercâmbio entre Universidade Estadual do Ceará - UECE e *Universidad Católica de Murcia* – Espanha.

Isto foi possível por meio da pesquisa “Segurança do paciente e Qualidade da Gestão do Cuidado em Enfermagem: Avaliação da Estrutura, Processos e Resultados”, financiada pelo CNPq, cujos resultados foram além da proposta do projeto.

Os desdobramentos desta parceria entre as IES possibilitaram no intercâmbio de docentes e discentes, a produção de co-

nhocimento com vários olhares sobre a temática, o que subsidia possibilidades de incorporação dos saberes nas diferentes práticas, sejam no Sistema Sanitário Europeu e Sistema Único de Saúde.

O termo Segurança hoje tem sido requerido pela sociedade que exige, não somente na saúde e educação, mas no cotidiano da vida. A complexidade do termo abrange questões muito mais profundas que tais dimensões, pois perpassa pela cultura atravessando questões políticas e sociais do país. Tal compreensão nos faz entender que a concretização da segurança não somente nos programas de saúde e educação são partes deste contexto.

Hoje, as tentativas das pesquisas de Avaliação nos Serviços de Saúde buscam delinear tantas lacunas existentes entre o saber e a prática, que mesmo mediante a existência de programas nos diversos campos temáticos para a qualidade e segurança, tudo ainda é muito a desejar.

Os espaços sociais sejam na academia ou serviços públicos denunciam uma precarização na saúde e educação de difícil manejo, o que nos faz abraçar esta questão em busca de estratégias que na comunhão de idéias e ações sirvam para melhorar a sociedade.

Autores Organizadores:

Consuelo Helena Aires de Freitas

Enfermeira. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2002). Atualmente é professora adjunto do departamento de enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde do Adulto, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidado integral, enfermagem clínica, cuidados clínicos de enfermagem, nutrição clínica (nutrição enteral e parenteral), assistência hospitalar e domiciliar a pessoas em situações crônicas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, sequelas por AVE, TCE, tratamento de feridas), formação do enfermeiro e segurança do usuário no SUS.

Adriana Catarina de Souza Oliveira

Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de Murcia/Espanha. Atualmente é professora da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Católica San Antonio de Murcia (UCAM)/Espanha. Membro do Grupo de Pesquisa na UCAM: Pensamento enfermeiro no contexto social, atuando em duas linhas: Aprofundamento em pensamento e linguagem enfermeiro no contexto social, e Pesquisa em Metodologia Enfermeiro; Membro do Grupo de Pesquisa na Universidade Estadual do Ceará (UECE): Saúde do idoso, com as linhas Políticas e Gestão para a Prática Clínica em Enfermagem e Saúde, e Cuidado clínico integral à saúde do adulto nas situações clínico-cirúrgicas de adoecimento crônico, atuando na área de gestão da qualida-

de assistencial, segurança do paciente, processo de enfermagem e saúde pública. Jovem Talento edital CNPq 16/2011- pesquisadores Jovens Talentos.

Maria Salete Bessa Jorge

Enfermeira. Pós-doc em Saúde coletiva pela Unicamp Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora titular da Universidade Estadual do Ceará, Pesquisadora bolsista produtividade CNPq 1B. Universidade Estadual do Ceará e coordenadora do laboratório interdisciplinar da Universidade Estadual do Ceará. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem do CNPq, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, enfermagem, representações sociais, mulheres e cuidados de enfermagem, saúde coletiva, avaliação, produção do cuidado e gestão do cuidado.

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

Enfermeira. Mestra em Saúde Pública. Professora assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará- UECE; doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Associação Ampla) - UECE, UFC, UNIFOR.

Autores colaboradores/Internacionais

Cesar Leal Costa

Enfermero y Psicólogo. Doctor en Psicología. Coordinador del módulo de cuidados especiales y responsable de la materia manejo avanzado de la vía aérea y ventilación mecánica en el Postgrado de máster universitario en enfermería de urgencias, emergencias y cuidados especiales de la UCAM. Es coautor y posee la propiedad intelectual de una metodología docente: la metodología MAES (metodología de autoaprendizaje en entornos simulados), desarrollada dentro del grupo de investigación AECRESI (aprendizaje en entornos clínicos reales y simulados).

Francesc Medina i Mirapeix

Fisioterapeuta. Máster en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Doctor en Fisioterapia por la Universidad de Murcia. Profesor Catedrático de Escuela Universitaria y Vicedecano de Fisioterapia. Coordinador del Máster en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Investigador principal de los grupos de investigación “Fisioterapia y Discapacidad” de la Universidad de Murcia (UMU) y del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB).

Jesús Leal Llopis

Enfermero y Antropólogo. Supervisor de Calidad, Investigación y Seguridad del Paciente. Área de Salud VI-Hospital Morales Mesguer. Servicio MURCIANO de Salud. Profesor Asociado de la Facultad de Enfermería, Universidad Católica San Antonio de

Murcia. Vocal de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA). Miembro de Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería (GREMCCE). Autor de más de 50 comunicaciones científicas sobre Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.

José Luis Díaz Agea

Enfermero y Antropólogo. Doctor en Ciencias Sociosanitarias. Actualmente Coordinador e Instructor en simulación clínica de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Investigador principal del grupo de investigación en formación AECRESI (aprendizaje en entornos clínicos reales y simulados). Coautor y posee la propiedad intelectual de una metodología docente: la metodología MAES (metodología de autoaprendizaje en entornos simulados), desarrollada dentro del grupo de investigación AECRESI.

María José López Arroyo

Enfermera, Licenciada en Antropología Social y Cultural y Master en Salud Pública y Gestión sanitaria por la EASP. (Escuela Andaluza de Salud Pública). Profesora Gestión de los Servicios de Enfermería y Legislación sanitaria. Vicedecana Facultad Enfermería UCAM.

Maria del Carmen Barberá Ortega

Enfermera, doutora en enfermería, coordinadora del Practicum III de la Universidad Católica de Murcia (UCAM). Profesora de Gestión de los Servicios de Enfermería y Legislación Sanitaria (UCAM).

Pedro Jesús Saturno Hernández

Médico en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctor en Salud Pública por la Universidad de Harvard, Cambridge/USA. Doctor en medicina por la Universidad de Murcia/España. Vinculo actual: Profesor visitante de la Harvard School of Public Health, con la Universidad de Murcia/España y Director del Centro de Investigación en Calidad del Instituto Nacional de Salud Pública del México.

Pedro Parra Hidalgo

Médico. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Doctor en Medicina por la Universidad de Murcia/España. Subdirector de Calidad Asistencial desde 2005. Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia/España. Responsable en la Consejería de Sanidad y Consumo del Programa EMCA de Gestión de la Calidad Asistencial desde 1995. Profesor del Máster en Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud de la Universidad de Murcia en sus 14 ediciones. Evaluador EFQM. Co-editor de la Revista de Calidad Asistencial desde 2000 hasta 2012. Presidente de la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial de 2002 a 2008. Presidente de Sociedad Española de Calidad Asistencial desde 2008 a 2012.

Silvana Loana de Oliveira Sousa

Fisioterapeuta. Doctora en Fisioterapia por la Universidad de Murcia en el área de “Continuidad de Cuidados”. Profesora Dedicación Exclusiva del departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Miembro del grupo de Investigación “Movimiento Corporal y

desarrollo Humano” de la UCAM y del grupo “Fisioterapia y Discapacidad” del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB).

Ana Livia Araújo Girao

Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Discente do Programa de Cuidados Clínico em Enfermagem e Saúde (PPC-CLIS)/Universidade Estadual do Ceará(UECE). Membro Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Família - UECE

Denise Nieuwenhoff Cardoso Ribeiro

Possui graduação em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2015). Recebeu Medalha de Mérito Acadêmico, por ter sido considerada melhor concluinte do período letivo. Participou por dois anos como bolsista de iniciação científica no Projeto ISEP-Brasil. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Segurança do Paciente.

Emiliana Bezerra Gomes

Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Professora assistente da Universidade Regional do Cariri-URCA.

Fabiane da Silva Severino Lima.

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho, Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Atualmente professora da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, com ênfase da atuação na área da saúde coletiva, atenção à saúde do servidor e estudante , inseridos no universo da vida universitária.

Glória Yanne Martins de Oliveira

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Ceará. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Especialização em Terapia Intensiva em andamento pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde do Adulto e Família - UECE.

Johnnatas Mikael lopes

Fisioterapeuta, Mestrado em Saúde Pública e Doutorando em Saúde Coletiva. Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ministrando disciplinas de Bioestatística e Demografia, Sistemas de Informação e Gestão da Saúde, Políticas de Saúde no Brasil, Gestão de Serviços de Saúde e Saúde Pública no curso de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Atua em pesquisas área de Epidemiologia, Gestão da Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente.

Lidyane Parente Arruda

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Médico. Doutor em saúde pública, Pós-Doc em Economia da Saúde, Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza-CE, Brasil.

Natalia Pimentel Gomez Sousa

Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), atuando nas linhas de pesquisa de segurança do paciente, qualidade do cuidado, paciente crítico e processos de Enfermagem. Especialista em Centro de Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Enfermeira graduada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Nathanny Ferreira Moutinho

Graduanda em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Bolsista de Iniciação Científica/Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPEQS). Membro do Centro Acadêmico de Saúde Coletiva (CASC), compõe a Coordenadoria de Finanças e Patrimônio.

Patrícia Freire de Vasconcelos

Enfermeira. Mestre em farmacologia/FAMED-UFC. Especialista em Terapia Intensiva e em Saúde da Família. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará. Membro do grupo de pesquisa de saúde do adulto e família/UECE.

Roberta Meneses Oliveira

Enfermeira. Especialista em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará- UECE. Professora Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem –UECE.

Thereza Maria Magalhães Moreira

Enfermeira e Advogada. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq-nível 1D. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Adjunto da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) da UECE nos Programas: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde; e Saúde Coletiva. Líder do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem-GRUPECCE-CNPq. Consultora Ad hoc de vários periódicos.

Zenewton André da Silva Gama

Fisioterapeuta. Doutor pela Universidad de Murcia (Espanha) com tese na área da epidemiologia. Atualmente é professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN, ensinando na graduação ao curso de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde. Na pós-graduação, é membro permanente dos programas: (1) Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPG QualiSaúde UFRN/UMU/INSP), desempenhado as funções de coordenador e orientador; e (2) Saúde Coletiva, na função de orientador. Tem experiência profissional na área da Fisioterapia assistencial e de ensino, pesquisa e extensão na área da Saúde Coletiva, com ênfase em Melhoria da Qualidade em Serviços de Saúde, Segurança do Paciente, Avaliação em Saúde e Epidemiologia. Tem atuado principalmente nos temas: Qualidade na Atenção à Saúde e Segurança do Paciente (Hospitais, Atenção Primária, Instituições de Longa Permanência para Idosos, Serviços de Reabilitação Física) e Gerontologia.