



TOMADA DE POSIÇÃO SOBRE SEGURANÇA DO CLIENTE¹

Decorrente da preparação e da realização do 2º Ciclo de Debates, sob a temática «**Cuidados Seguros**», entende o Conselho Jurisdicional relevante propor um **ENUNCIADO DE POSIÇÃO RELATIVO À PERSPECTIVA ÉTICA E DEONTOLÓGICA DA SEGURANÇA DOS CLIENTES**.

1. FUNDAMENTAÇÃO

Consideraremos o enquadramento internacional das preocupações na área da segurança, o princípio de responsabilidade ligada à prevenção e precaução, os fundamentos éticos e deontológicos.

1. 1. ENQUADRAMENTO INTERNACIONAL

A Organização Mundial de Saúde² considera que a incidência de efeitos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados, causa importante de sofrimento humano, que poderia ser evitável, e instrumento de perda financeira e custos dos serviços de saúde, relevando-se que um incremento importante do desempenho dos sistemas de saúde pode decorrer da prevenção de eventos adversos, em particular, e do desenvolvimento da segurança dos clientes e da qualidade dos cuidados em geral.

No sentido de operacionalizar intervenções dos prestadores de cuidados, relativamente à segurança dos clientes, o European Forum of National Nursing and Midwifery Associations e a

¹ Documento elaborado pelo Conselho Jurisdicional da OE e aprovado na reunião do Conselho Directivo de 8 de Junho de 2006

² Cf. WHA55.18 *Quality of care: patient safety*, 18 de Maio 2002



OMS³ emanaram uma posição conjunta, que aponta áreas de intervenção dos enfermeiros, reconhecendo o seu papel crucial na segurança das pessoas. Foram apontados alguns factores como a falta de cultura de responsabilização, a ausência de relato de erros cometidos e de problemas encontrados, os riscos de infecção nosocomial ou a falta de recursos humanos. Alguns programas já tiveram início a nível internacional como o “Safety without Borders” (SIMPATIE - **S**afety **I**mprovement for **P**ATients in **E**urope, Abril 2005), da responsabilidade da Comissão Europeia, ou o “Global patient safety challenge: Clean care is safer care” (Outubro 2005), OMS.

A posição conjunta⁴ do International Council of Nurses (ICN), International Pharmaceutical Federation (FIP) e World Medical Association (WMA) coloca a segurança dos clientes como prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde, realizadas em benefício das pessoas mas numa combinatória complexa de processos, tecnologia e interacções humanas sendo inevitável o risco de ocorrência de eventos adversos. Neste enunciado define-se evento adverso como “dano ou prejuízo causado pela gestão da doença ou condição de um cliente por profissionais de saúde”.

Existe, desde o Relatório do Institute of Medicine (“To Err is Human: Building a Safer Health System”, 1999) e dos estudos de Needleman (2002) e Kovner (2002), uma evidência crescente da relação entre a dotação de enfermeiros e a ocorrência de eventos adversos, tais como, quedas das camas, erros de terapêutica, infecções nosocomiais e readmissões.

Sobre este assunto, releva-se ainda a posição da Agency for Healthcare Research and Quality (2003), que define erros, em cuidados de saúde, como “enganos realizados no processo de cuidados e que resultam ou têm o potencial para resultar em dano para o doente”⁵, e considera que estes erros podem ser de comissão (fazer uma coisa errada), erros de omissão (não fazer uma coisa certa) e erros de execução (fazer uma coisa certa incorrectamente). No sentido global, esta Agência considera o agrupamento dos erros em 4 categorias: erros de diagnóstico, de tratamento, de cuidados preventivos e envolvendo falhas (do sistema de comunicação, dos equipamentos, do sistema de cuidados de saúde).

1.2. RESPONSABILIDADE, PREVENÇÃO E PRECAUÇÃO

³ World Health Organisation Regional Office for Europe – Seventh Annual Meeting of the European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO, pág. 11, 12 – Março 2003

⁴ <http://www.whpa.org/factptsafety.htm>

⁵ “healthcare errors as mistakes made in the process of care that result in or have the potential to result in harm to patients” (AHRQ, 2003).



Os riscos existem de facto, sejam inerentes ou adquiridos, e, por influência da economia e da estatística, o risco esteve precocemente associado a uma probabilidade objectiva, fundada sobre a ocorrência de eventos aleatórios numa certa realidade. Por isso se distingue entre riscos prováveis, previsíveis ou possíveis e se diferenciam os potenciais, os incertos, que se ligam à ignorância científica sobre o assunto. Neste entendimento, pode usar-se claramente a fórmula que liga a prevenção ao conhecimento sobre o risco e a precaução à incerteza.

O princípio de precaução surgiu em filiação directa ao **princípio da responsabilidade** de Hans Jonas, sendo paradigmática a sua admoestação a agir “de modo que os efeitos da tua acção não sejam destruidores da possibilidade da vida humana na terra”⁶. As possibilidades a que a ciência conferiu hoje uma força insuspeita, reclamam uma ética alargada, da responsabilidade humana face ao ambiente, em que se delimitem “entraves”, ou melhor, limites livremente consentidos. Acrescenta-se, por via da relação entre a responsabilidade e o perigo para a humanidade por-*vir*, um traço de distinção com a imputabilidade – “considera-se responsável, sente-se efectivamente responsável, aquele a quem é confiada a guarda de algo perecível”⁷.

Note-se que, primeiro, esta responsabilidade resulta de um dever para com a essência da humanidade, a possibilidade de existência, de criação de condições para as gerações futuras. Se quisermos, uma **responsabilidade de cuidado** para com o futuro, a desenvolver tanto a nível individual como colectivo.

A **prevenção** é relativa à gestão do risco tal como a **precaução** é relativa à gestão de informação sobre a potencialidade de risco. Todas as políticas de prevenção decidem hoje com os conhecimentos de hoje; as políticas de precaução reenviam para a abstenção da decisão arriscada e definitiva e para a escolha de uma decisão prudente e provisória⁸. A questão que se coloca extravasa a mera aceitabilidade social de um nível de risco ou a escolha de um investimento razoável na prevenção deste ou daquele risco. Aliás, a prevenção refere-se a uma decisão adaptada à natureza, gravidade e probabilidade de um risco conhecido e identificável – portanto, um conjunto de acções destinadas a evitar um evento danoso ou a advertir (informar, formar) eventuais vítimas. Estamos perante uma periculosidade estabelecida.

Note-se que o **dever de precaução** se distingue porque responde ao hipotético, ao imponderável num contexto de (maior ou menor) incerteza. Do ponto de vista geral, apela a acautelar um risco *antes de*, ou seja, quando a periculosidade é incerta, potencial. A abordagem

⁶ JONAS, Hans – *Le Principe Responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. 3^a ed. (Das Prinzip Verantwortung, 1979). Traduit de l'allemand par Jean Greisch. Paris : Flammarion, 1995.

⁷ RICŒUR, Paul – *Leituras 2. A região dos filósofos*. p. 230.

⁸ Cf. TREICH, Nicolas - *Décision séquentielle et Principe de Précaution*, Cahiers d'économie et sociologie rurales, 2000, n° 55-56.



da precaução foi referida nos quadros da preocupação ambiental⁹, que constitui uma das actuais inquietações da humanidade, alargada progressivamente a outros domínios do saber e da *praxis*, incluindo a protecção da saúde pública.

A precaução insta a agir, fazendo da incerteza a pedra de toque da **protecção** devida a todas as pessoas. Por isso, é importante a vigilância e uma **pedagogia do risco**. A tomada de consciência da falibilidade das fontes científicas do conhecimento pode ser vista, não como capitulação mas como condição de abertura, de questionamento.

Seria, ainda, relevante ligar à virtude da **prudência**, sobre a qual se ergue a excelência da acção pois implica deliberar bem. Na deliberação consideram-se as alternativas, esboçam-se os cenários possíveis, pesando os prós e os contras; só se delibera acerca dos meios, do que se crê capaz de fazer, do futuro e do contingente. Não se delibera sobre o passado, o submetido a leis ou verdades eternas nem sobre o que depende do acaso. A prudência ocupa-se da escolha dos meios; assim, não reporta ao que é escolhido mas à regra da escolha, trata, se quisermos, da qualidade do critério. Assim, é preciso ter uma ideia prévia dos riscos e das possíveis ou prováveis consequências que lhe possam ser atribuídas - a prudência supõe a existência de risco, de incerteza, de acaso, do desconhecido e tem em conta o que pode acontecer, quer se venha a provar real ou não. Sendo toda a deliberação uma indagação, segue-se a escolha e depois cabe agir de acordo com a decisão tomada, relevando-se a sabedoria *para e na* acção.

1.3. FUNDAMENTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

A profissão de enfermagem tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do ciclo vital, tomando como foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue¹⁰. O enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem¹¹.

Numa abordagem do **Código Deontológico**, encontramos múltiplas referências à segurança das pessoas. Sendo valores universais a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum assim como a competência e o aperfeiçoamento profissional (Artigo 78º, 2, alíneas b e c), o enfermeiro orienta a sua actividade pela responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os

⁹ Destaque para a *Charte des Nations Unies pour la Nature* (1982), para a *Rio Declaration on Environment and Development* (1992) e para o preâmbulo do *Cartagena Protocol on Biosafety* (2003).

¹⁰ Cf. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual. Conselho de Enfermagem OE, Dezembro de 2001



clientes e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (Artigo 78º, 3).

Assumindo cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão (Artigo 79, a), o enfermeiro responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega (alínea b) assim como a protecção e defesa da pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (alínea c). A solidariedade, como valor, operacionaliza-se em ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, actuando sempre de acordo com a sua área de competência (Artigo 79º, d).

Sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, o enfermeiro conhece as necessidades, participa na busca de soluções para os problemas de saúde detectados e colabora com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Artigo 80º).

O enfermeiro respeita a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa (Artigo 82º, b) e recusa a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante (alínea d).

Sendo certo que a segurança e os cuidados seguros podem ser perspectivados em sentido holístico, nas dimensões física, química, biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, o enfermeiro co-responsabiliza-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento (Artigo 83º, alínea a), orientando para outro profissional mais bem colocado para responder ao problema (alínea b), assegurando a continuidade dos cuidados (alínea c).

Tendo o dever de respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, tal se realiza quando a opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde (Artigo 83º, alínea c), devendo atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem (Artigo 84º, alínea c).

Assegurando-se de que a sua ausência não interfere com a continuidade de cuidados (Artigo 83º, alínea e), o enfermeiro garante a qualidade e assegura a continuidade dos cuidados das actividades que delega, assumindo a responsabilidade pelos mesmos (Artigo 88º, alínea e).

Cabe ao enfermeiro informar no que respeita aos cuidados de enfermagem (Artigo 84º, alínea a) e respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (alínea b) - a informação sobre os riscos e sobre a protecção e a segurança da saúde encontra-se inclusa, no que se refere aos cuidados de enfermagem.

¹¹ Cf. ponto 1, art.º 76º, DL n.º 104/98 de 21 de Abril – Estatuto da OE



Sendo confidencial toda a informação, note-se que a partilha pertinente aos implicados no plano terapêutico, tem de atender aos critérios orientadores do bem-estar, da segurança física, emocional e social assim como aos direitos das pessoas (Artigo 85º, b).

O enfermeiro respeita a intimidade da pessoa, protege-a de ingerência e salvaguarda sempre a privacidade e a intimidade da pessoa (Artigo 86º),

Na procura da excelência, analisa regularmente o trabalho efectuado e reconhece eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Artigo 88º, alínea a), procura adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa (alínea b) e mantém a actualização contínua (alínea c), assegurando, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados (alínea d). Neste mesmo enquadramento, se entende a abstenção de exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais (Artigo 88º, alínea f).

A responsabilidade pela humanização dos cuidados, concretiza-se com o dever de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Artigo 89º, alínea b).

Trabalhando em articulação e complementaridade (Artigo 90º, alínea b), o enfermeiro actua responsabilmente na sua área de competência e reconhece a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma (alínea a) e integrando a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços (alínea c).

Inclusivamente quando o enfermeiro exerce o seu direito à objecção de consciência, declara-o, atempadamente, para que sejam assegurados, no mínimo indispensável, os cuidados a prestar (Artigo 92º, alínea b).

A assunção fundamental, na prática de enfermagem, é que a profissão tem obrigações éticas para com a sociedade e para com os clientes em ordem a prestar cuidados de elevada qualidade. Controlar o risco na prática promove a prestação de cuidados de qualidade - e isso corresponde a realizar plenamente a obrigação para com a sociedade.

1.4. DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Em pleno acordo com o ICN, a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve um conjunto de medidas, com largo espectro de acção, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do



desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco (o que inclui o controle de infecção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos, a manutenção de um ambiente de cuidados seguro) e isto juntando um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infra-estruturas necessárias para o garantir. Os cuidados prestados às pessoas requerem segurança - e isto inclui a informação sobre os riscos e a redução do risco.

Enquanto que, por um lado, as intervenções são realizadas com a preocupação de beneficiar o público, as pessoas, por outro lado, há um elemento de risco decorrente dos eventos adversos e dos erros, numa complexa combinação de processos, tecnologias e factores humanos relacionados com os cuidados de saúde. Por exemplo, se definirmos um evento adverso *como um mal ou um dano causado pela gestão da condição ou da situação clínica de uma pessoa, por profissionais*, a maior parte das ameaças pode advir de erros de terapêutica, infecções nosocomiais, exposição a doses elevadas de radiação ou a medicamentos de contrafacção.

Ainda de acordo com o ICN, existe uma evidência crescente de que os níveis inadequados de *staff* estão correlacionados com eventos adversos, tais como, quedas das camas, úlceras de pressão, erros de terapêutica, infecções nosocomiais e readmissões. A escassez de recursos e um desempenho pobre do pessoal pela baixa motivação ou por insuficientes habilidades técnicas também são importantes para determinar a segurança das pessoas.

Os erros e os «near-misses» (erros evitados) são uma fonte comum de risco reconhecido ainda que insuficientemente relatado. Acredita-se que a situação de sub-informação se deve ao receio de punição seja em forma de sanções, pelo receio de perda de emprego ou desaprovação dos colegas. Como resultado de uma sub-informação, não existem indicadores fiáveis para os erros e a severidade dos problemas de erro – ou seja, o não relato dos erros reduz a capacidade de levar a cabo um processo de redução de erros e, de certa forma, obscurece os riscos que deveriam ter-se em conta ao assumir o controle do risco da prática individual.

Todos os passos na intervenção de enfermagem junto de um cliente envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à segurança deste. Uma clara identificação dos factores que levam ao aparecimento de erros é passo primeiro para os prevenir¹², considerando a amplitude necessária ao escopo de acção do enfermeiro, desde a comunicação e a relação interpessoal em que os cuidados de enfermagem se fundam, aos aspectos processuais e técnicos do seu exercício.

1.5. DO CICLO DE DEBATES SOBRE «CUIDADOS SEGUROS»

¹² Adaptado de “A enfermagem conta”, trad. de “Nursing Matters – Medication errors”, International Council of Nurses



Tendo levado a cabo o 2º Ciclo de debates, nas cinco secções regionais, os aspectos debatidos impõem-se como parte do fundamento da posição do CJ. Realça-se que se trata de uma síntese, procurando os elementos comuns aos cinco debates.

Os problemas em torno das condições para o exercício e a sua ligação à segurança dos cuidados de enfermagem, foram abordados em todos os debates. Começou-se quase sempre das condições de exercício enquanto responsabilidade de cada organização de saúde, para a responsabilidade individual de cada enfermeiro, à luz do CDE. Foi introduzido na discussão o lema do ICN para o Dia Internacional do Enfermeiro deste ano “Dotações seguras, salvam vidas”, enquadrado na tripla perspectiva da qualidade, excelência e segurança dos cuidados de enfermagem. Emergiram questões relacionadas com as dotações, a mobilidade e a integração dos profissionais, assim como os estilos de liderança e o enquadramento da gestão (tanto dos cuidados como dos recursos).

As questões relativas à transmissão da informação clínica pelos enfermeiros aos seus clientes e familiares e a sua relação com a segurança dos cuidados, foram também debatidas em todos os locais. Foi realizada uma abordagem ética, deontológica e jurídica, no sentido da clarificação do estabelecido, encontrando pistas de resolução para os problemas identificados.

Os aspectos da complementaridade do papel do enfermeiro face aos outros profissionais da equipa de saúde foram particularmente presentes, tendo-se colocado o enfoque nas reais necessidades da pessoa cuidada como elemento mediador na tomada de decisão sobre a informação a fornecer em cada caso concreto.

Outra questão abordada em praticamente todos os debates foi a da segurança psicológica das pessoas doentes, nomeadamente das internadas em organizações de saúde. Vincou-se a importância da relação enfermeiro-pessoa cuidada no respeito pelos seus direitos e no cumprimento dos deveres profissionais, quer na prestação de cuidados, quer na gestão, enquanto instrumento fundamental na promoção da segurança.

Os problemas ligados ao erro na prestação de cuidados foram outro elemento comum. Realçaram-se os erros com a administração de terapêutica, também pelos estudos sobre a sua relevância e pelo facto de serem apontados como o tipo de erro mais frequente – foi veiculada a necessidade de uma cultura positiva sobre a análise do erro e a pedagogia do risco, em que os benefícios com o conhecimento da realidade tendo em vista a melhoria dos processos deverão predominar sobre a ideia de punição.



Ligada a esta problemática do erro, discutiu-se o risco, como elemento presente na actividade profissional do enfermeiro, com a inevitabilidade da sua discussão entre nós, como forma de melhorar a segurança. Designadamente, na análise de casos e no desenvolvimento de linhas de investigação que permitam sustentar as acções e as eventuais necessidades de mudança.

Outro aspecto debatido em alguns locais, foi relativo aos meios para garantir a segurança dos cuidados, partilhados em equipa, nomeadamente os Protocolos de unidade. Discutiu-se sobretudo o papel do enfermeiro nas tomadas de decisão na elaboração e execução dos protocolos, entendidos como prescrição diferida no tempo e competindo ao enfermeiro ajuizar da sua aplicação em cada caso concreto.

Interligado com este aspecto, analisaram-se aspectos da responsabilidade do enfermeiro na execução das intervenções interdependentes, verificando-se algumas dúvidas neste domínio, debatidas no plano ético, deontológico e jurídico.

2. ENUNCIADO DE POSIÇÃO

Face ao exposto e atendendo ao desígnio fundamental da Ordem dos Enfermeiros, “promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população”¹³, **enuncia-se:**

1. Os clientes e famílias têm direito a cuidados seguros;
2. A segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde;
3. O exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas (*legis artis*), aplicáveis independentemente do contexto da prestação de cuidados e da relação jurídica existente;
4. Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao *melhor cuidado* em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional;
5. Os enfermeiros agem de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando activamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à protecção dos grupos de maior vulnerabilidade;



6. Os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados;
7. A responsabilidade do enfermeiro associa a capacidade de responder pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega, e o sentido projectivo, por antecipação, acautelando no sentido de prevenir prejuízos futuros, num duplo imperativo de proteger a pessoa e garantir a excelência do exercício;
8. As organizações têm a obrigação ética de proteger a segurança dos clientes, na persecução da sua responsabilidade institucional, e de desenvolver uma cultura de responsabilização e não-punitiva, valorizando a dimensão formativa;
9. As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos;
10. Devem ser desenvolvidos programas organizacionais que comuniquem claramente a importância da segurança, incluindo gestão e desenvolvimento dos profissionais assim como sistemas e processos que promovam a segurança;
11. Deve promover-se um envolvimento activo em investigação, integrando evidências em recomendações para a prática clínica.

Foi redactora Lucília Nunes.

Apresentado ao Plenário de 2 de Maio de 2006.

¹³ Cf. n.º 1 do Art.º 3.º *Atribuições*, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, in DL 104/98 de 21 de Abril