



PROQUALIS

CONVERSANDO COM...



LINDA AIKEN, PHD, RN

Como os contingentes de pessoal de enfermagem e o ambiente de trabalho podem afetar a segurança do paciente e os resultados do cuidado.



A Dra. Aiken é professora de Enfermagem da cátedra Claire M. Fagin, professora de Sociologia e diretora do Center for Health Outcomes and Policy Research da Universidade da Pensilvânia. É considerada a maior especialista em políticas de saúde dos EUA no que diz respeito à força de trabalho de enfermagem. Conversamos com ela sobre como os contingentes de pessoal de enfermagem e o ambiente de trabalho podem afetar a segurança do paciente e os resultados do cuidado.

Dr. Robert M. Wachter: Como surgiu o seu interesse nos contingentes de pessoal de enfermagem e no treinamento dos enfermeiros como possíveis preditores de resultados? Como você aborda estas questões e quais foram as suas principais descobertas?

Linda Aiken: Interessei-me pelos primeiros estudos sobre serviços de saúde, que mostraram diferenças significativas entre os hospitais em termos de mortalidade cirúrgica e indicaram as características organizacionais que pareciam explicar algumas das diferenças nos resultados do cuidado. Esses artigos se concentravam em elementos que não era possível modificar, como o fato de os hospitais terem fins lucrativos ou não, seu tamanho, serem hospitais universitários ou não e as tecnologias disponíveis. Embora os primeiros estudos tenham identificado uma relação entre diferenças nos contingentes de pessoal de enfermagem e a mortalidade, isto nunca foi investigado ativamente; no entanto, era óbvio que esses contingentes tinham alguma relação com os resultados. Decidimos estudar os resultados do cuidado em pacientes internados, procurando principalmente analisar em que medida as variações nos resultados do cuidado eram explicadas por diferenças nos



contingentes de pessoal de enfermagem – se havia uma relação causal ou não. A nossa pesquisa mostra que variações nos contingentes de pessoal de enfermagem e nas qualificações educacionais dos enfermeiros são fatores importantes que explicam as variações na mortalidade dos pacientes e, essencialmente, todos os outros resultados adversos que os pacientes sofrem.

RW: Algum estudo examinou se variações intencionais nos contingentes de pessoal de enfermagem – comparando um lugar com baixos contingentes a outro com

maiores contingentes, usando um desenho de estudo controlado – fazem diferença? Ou foram observações do que acontecia em diferentes ambientes que calhavam de ter diferentes contingentes de pessoal?

LA: Não foi feito nenhum estudo controlado, e imagine como seria difícil convencer os hospitais a fazerem mudanças nos contingentes de pessoal de enfermagem, que podem custar milhões de dólares. Portanto, tivemos que ser criativos e procuramos usar experimentos naturais. Um dos melhores experimentos naturais ocorreu quando a Califórnia decretou uma proporção mínima de enfermeiros por paciente. Quando o sistema foi implementado, em 1 de janeiro de 2004, os hospitais que não tinham essa proporção mínima tiveram que mudar os seus contingentes naquele dia, e o fizeram. A nossa pesquisa mostrou que os contingentes de pessoal mudaram consideravelmente nos hospitais da Califórnia – mesmo em Safety Net Hospital (hospital que presta serviços a populações de baixa renda e/ou sem seguro de saúde), nos quais têm sido muito difícil modificar os contingentes de pessoal de enfermagem. Quase 15 anos depois, os hospitais da Califórnia ainda têm os melhores contingentes de enfermagem do país, e este estado teve maiores reduções na mortalidade e melhorias em outros indicadores em comparação com outros estados. Tem sido um pouco mais fácil examinar as relações



causais entre a melhor educação dos enfermeiros, os resultados do cuidado de saúde e a qualidade dos ambientes de trabalho dos enfermeiros, porque estes elementos mudam com o tempo. Demonstramos que os hospitais que melhoram os ambientes de trabalho e aumentam a proporção do corpo de enfermagem com formação de nível superior apresentam reduções substancialmente mais rápidas na mortalidade, nas internações por razões clínicas e cirúrgicas e em outros resultados, como reinternações, mau controle glicêmico e resultados negativos em casos de reanimação.

RW: Quais elementos do ambiente de trabalho se revelaram importantes?

LA: Temos uma medida global do ambiente de trabalho para medir a adequação do pessoal, que é diferente dos contingentes de pessoal em si – trata-se da avaliação das dezenas de milhares de enfermeiros que trabalham em hospitais. Avalia-se a adequação das equipes de enfermagem no ambiente em que trabalham. A relação médico-enfermeiro é outro fator. O investimento em uma equipe clínica com alto nível de educação é outra questão importante, bem como um compromisso institucional com a qualidade e a segurança do paciente.

O nosso trabalho foi incluído no relatório do IOM, e um dos principais artigos da série foi o Keeping Patients Safe: Transforming the Nurse Work Environment. A tese básica do relatório era que não seria possível manter os pacientes seguros se a qualidade do ambiente de trabalho dos enfermeiros não melhorasse substancialmente.

Desde o relatório do IOM, temos acompanhado o tema para verificar se há evidências que mostrem que a cultura de segurança do paciente efetivamente melhorou. Temos evidências empíricas até 2016 que sugerem que a cultura de segurança do paciente em hospitais não mudou o suficiente. A nossa hipótese é que isto explica por que não alcançamos as metas do IOM na redução dos danos sofridos por pacientes. Embora os pesquisadores discutam o quanto a segurança do paciente realmente melhorou, acho que todos concordam que não melhoramos tanto quanto o previsto.

RW: Por que você acha que a situação não mudou o suficiente a ponto de fazer com que as pessoas leiam o seu trabalho e passem a investir mais em enfermagem?

LA: Alguns hospitais estão melhorando os seus ambientes de trabalho. Estimamos que pouco mais de 1 de cada 5 hospitais tenham melhorado substancialmente seu ambiente de trabalho clínico desde o relatório do IOM. Mas é decepcionante ver que na maioria dos

hospitais não houve mudanças, e que alguns hospitais apresentaram uma deterioração substancial em seus ambientes de trabalho nesse período.

Então, por que não melhoraram seus ambientes de trabalho? Parece mais difícil fazer algumas dessas mudanças organizacionais do que procurar uma solução mágica que previna os danos a pacientes. O que pensamos é que as intervenções de segurança que surgiram até agora se concentraram apenas no que era mais fácil de fazer, evitando as reformas organizacionais recomendadas pelo IOM. As listas de verificação, os pacotes de intervenções, a higienização das mãos e as equipes de resposta rápida pareciam bastante fáceis de implementar. Porém, enquanto essas intervenções eram testadas, e muitas delas se mostravam promissoras, no mesmo período houve uma diminuição da autonomia profissional e um aumento dos casos de esgotamento profissional entre médicos e enfermeiros. Acrescentamos novos níveis de trabalho administrativo e estabelecemos toda uma burocracia de funcionários que trabalham com a segurança, mas os nossos dados sugerem que houve poucas mudanças na organização fundamental do cuidado clínico, especialmente em hospitais. Ainda temos ambientes caóticos e falhas organizacionais frequentes. Acreditamos que uma das razões pelas quais as intervenções de segurança que funcionam em



PROQUALIS

CONVERSANDO COM... LINDA AIKEN, PHD, RN



circunstâncias controladas não funcionam na prática é o fato de que não mudamos fundamentalmente a segurança do ambiente clínico, e estamos aplicando essas intervenções num ambiente defeituoso. Um exemplo seriam os pacotes de intervenções para a prevenção de infecções associadas a cateteres centrais. A pesquisa sugere que tais pacotes funcionam, mas, se lermos os estudos com cuidado, veremos que foram implementados em 95% do tempo. Seria praticamente impossível aderir a qualquer diretriz durante 95% do tempo, porque muitos hospitais não têm profissionais suficientes, e predominam ambientes de trabalho caóticos.

RW: Se nos concentrarmos nas quantidades de enfermeiros e no seu nível de formação, poderíamos argumentar que o que a Califórnia fez estava certo e que deveria ser obrigatório manter um número suficiente de enfermeiros.

Por que a adesão a este tipo de prática foi relativamente lenta?

LA: Bem, é evidente que temos uma enorme variação nos contingentes de pessoal entre diferentes hospitais. Praticamente tudo o que diz respeito à enfermagem varia segundo o hospital, e essas diferenças estão muito correlacionadas com a variação entre os hospitais em termos de mortalidade, taxas de infecção e outros resultados adversos para os pacientes. Porém, para além das proporções

obrigatórias de enfermeiros por paciente, não houve muitos incentivos para que os hospitais melhorassem os seus contingentes de trabalhadores. Nem sei ao certo se os administradores reconhecem plenamente a importância dos contingentes de enfermeiros. Tendem a pensar nisto como um custo a ser minimizado, quando a pesquisa mostra que não ter enfermeiros suficientes custa muito caro aos hospitais.

Quase todos os problemas nacionais que são do interesse dos hospitais ou que fazem parte das compras baseadas em valor do Medicare estão relacionados de alguma forma aos contingentes de pessoal. As reinternações, taxas de infecções, eventos que nunca devem ocorrer, como o mau controle glicêmico, tudo isto está relacionado diretamente aos contingentes de enfermeiros. Além disso, todos eles envolvem grandes custos. A falta de enfermeiros não ajuda ninguém a poupar dinheiro.

Mas você perguntou por que a adesão a estas práticas é tão baixa. Você frequenta hospitais tanto quanto eu, e as pessoas que ali trabalham vêm de diferentes disciplinas, com diferentes conhecimentos e perspectivas. A minha experiência mostra que os profissionais não clínicos, que tomam muitas das decisões nos hospitais, não tendem naturalmente a procurar compreender os resultados clínicos. Estão mais interessados nos resultados financeiros e não percebem que os dois sempre estão relacionados.

Portanto, tem sido difícil convencê-los desta ideia. Os pesquisadores tendem a se interessar pelos resultados clínicos: queremos reduzir os danos aos pacientes e a mortalidade. Tendemos a nos concentrar nos resultados clínicos, sem procurar explicar as razões pelas quais essas melhorias também afetarão os resultados financeiros dos hospitais. As razões para aumentar as equipes de enfermagem têm melhorado nos últimos anos.

RW: Fale-nos mais da pesquisa atual sobre o que os enfermeiros pensam a respeito da segurança do paciente.

LA: Nós pensamos nos enfermeiros de uma perspectiva sociológica, segundo a qual a melhor maneira de compreender organizações complexas é estudar as pessoas que fazem parte dessas organizações, e não necessariamente perguntar aos diretores – ou além de perguntar aos diretores. Portanto, estudamos os enfermeiros como informantes de tudo o que acontece nos hospitais e em outros ambientes clínicos, pois são onexo entre os pacientes, os médicos e a administração hospitalar.

Em nosso estudo realizado de 2005 a 2008, com mais de 22 mil enfermeiros em 577 hospitais, constatamos que 38% dos enfermeiros avaliaram negativamente a segurança do paciente em seus hospitais. Em nosso estudo mais recente, realizado de

2015 a 2016 (e atualmente em revisão), cerca de um terço dos enfermeiros ainda avaliava negativamente a segurança do paciente em seus hospitais. Uma grande proporção de enfermeiros nem sempre recomendaria o seu hospital a familiares ou amigos que precisassem de cuidados médicos. A seguir, usamos os indicadores da AHRQ sobre cultura de segurança do paciente para avaliar nossos hospitais. A maioria dos enfermeiros considera, e outros profissionais também, que seus erros são usados para recriminá-los, e um terço dos enfermeiros são interrompidos com frequência devido à falta de suprimentos, equipamentos quebrados, falta de medicação. Essa não é a cultura de segurança do paciente recomendada pelo IOM. Examinamos então a enorme variação nos contingentes de enfermeiros nos hospitais e a proporção corpo de enfermagem com formação de nível superior. Embora o IOM tenha recomendado que 80% do corpo de enfermagem tenham formação de nível superior até 2020, dados recentes mostram que muitos hospitais ainda têm apenas 10 ou 20% do corpo de enfermagem com esse nível de formação. Também observamos enormes variações na forma como os enfermeiros avaliam o seu ambiente de trabalho, e cerca de 40% afirmam que os ambientes onde trabalham são ruins, ou apenas razoáveis. Mais uma vez, temos a validação de que há uma enorme variação na qualidade do ambiente de trabalho, e muitos estudos que

mostram que as variações nesses fatores ligados à enfermagem estão relacionadas à mortalidade e a outros resultados adversos que afetam os pacientes.

RW: Permita-me discutir alguns problemas emergentes. Quando você começou a fazer este trabalho, todos os enfermeiros trabalhavam para os hospitais, mas os médicos não. Imagino que a política e a economia dessa situação tenham influenciado o seu trabalho, pois o seu público, de certa forma, era formado pelas lideranças hospitalares. Agora, cada vez mais médicos trabalham para as organizações. Portanto, as dinâmicas estão se tornando mais semelhantes, em termos da relação entre gerentes e médicos e gerentes e enfermeiros. Isto muda a natureza do seu trabalho ou há lições que os médicos poderiam aprender com a sua experiência?

LA: Existe um novo interesse no esgotamento profissional entre médicos. Temos estudado o esgotamento de enfermeiros pelos últimos 30 anos. Os mesmos fatores organizacionais que provocam o esgotamento de enfermeiros podem levar ao esgotamento de médicos, como a falta de autonomia e controle sobre o seu próprio trabalho – o que está acontecendo com os médicos, já que muitos deles agora são empregados. Os médicos agora estão começando a entender a perspectiva dos enfermeiros, vendo como

é difícil modificar alguns dos problemas operacionais, como os baixos contingentes de pessoal, a fadiga dos profissionais da saúde e falhas operacionais que não percebiam plenamente no passado, porque não estavam tão sobrecarregados com essas questões como estão agora. De certa forma, isto é bom para os médicos, pois eles agora têm uma melhor compreensão dos déficits organizacionais, e esperamos que possam se unir aos enfermeiros nos esforços para criar ambientes de trabalho mais seguros para pacientes e profissionais.

RW: A maioria dos enfermeiros hospitalares utiliza amplamente a tecnologia em seu trabalho. Como isto muda a sua vida para melhor ou pior? Estão surgindo novos desafios agora que a vida profissional de todos está cada vez mais ligada aos computadores?

LA: Eu diria, com bastante convicção, que a tecnologia aumentou a carga de trabalho e gerou a necessidade de mais enfermeiros, e esta é uma das razões pelas quais os hospitais percebem que não conseguem suprir a necessidade de contratação de enfermeiros. Todas as tecnologias introduzidas representam uma grande carga de trabalho para os enfermeiros. Eu não consigo pensar em um único exemplo de tecnologia, especialmente em hospitais, que tenha poupado tempo a qualquer enfermeiro, incluindo os prontuários eletrônicos, que também consomem muito tempo de trabalho dos médicos. Nos hospitais com melhores

ambientes de trabalho, o uso de prontuários eletrônicos gera melhores resultados que naqueles com piores ambientes. Mas a questão principal é que todas as novas tecnologias clínicas e informáticas consomem muito tempo de trabalho dos enfermeiros. Os enfermeiros gostam da tecnologia, e ela melhora o cuidado, mas o uso de mais tecnologias, juntamente com tempos de internação cada vez menores, representa uma carga de trabalho incessante para os enfermeiros, a menos que os contingentes de pessoal sejam aumentados ainda mais.

RW: Poderíamos pensar que, como em qualquer outra indústria, a introdução da tecnologia reduziria a necessidade de funcionários e o tempo de trabalho, mas não é o que ocorre no cuidado de saúde.

LA: Não, e os administradores não clínicos também não se dão conta disto. É algo que consome muito tempo de trabalho.

RW: Então, daqui a 10 anos, em que situação estaremos?

LA: Espero que os pesquisadores continuem gerando evidências para justificar as razões do investimento em enfermagem. Um exemplo é o nosso estudo que mostra que a mortalidade de pacientes cirúrgicos pareados é significativamente mais baixa em hospitais com bons ambientes de trabalho de enfermagem, e os custos do cuidado são iguais ou mais baixos que em hospitais com ambientes ruins. Além de tentar formular essas razões para chamar finalmente a atenção dos administradores não clínicos, estamos trabalhando com a ideia de causalidade. Como há uma grande competição pelos recursos, entendo por que os administradores querem saber se o

investimento em x irá provocar y. Quando compramos um novo equipamento, muitas vezes é possível estimar quais serão as receitas geradas pelo novo equipamento, mas esse cálculo é mais difícil no caso dos recursos humanos. Estamos nos concentrando cada vez mais em examinar conjuntos de hospitais ao longo do tempo para determinar em que medida aqueles que melhoram os ambientes de trabalho de enfermagem e contratam uma força de trabalho com maior proporção de enfermeiros com formação de nível superior apresentam melhores resultados de saúde. As evidências parecem sugerir que, para reduzir os danos aos pacientes, como recomendado pelo IOM, é preciso mudar drasticamente a forma como os hospitais estão organizados da perspectiva clínica.

