

EIXO 2
GESTÃO DA CLÍNICA

A SEGURANÇA COMO UMA
IMPORTANTE DIMENSÃO DA
QUALIDADE

Helidea Lima¹

1. Médica, mestra em Gestão de Serviços de Saúde pelo Instituto Universitário de Lisboa e especialista em Melhoria pelo IHI. Diretora de Qualidade Assistencial da Rede D'Or São Luiz. <http://lattes.cnpq.br/3509533808583101>. E-mail para contato: helidea@gmail.com

Resumo

O desejo de todos nós é termos uma cobertura universal de saúde, com serviços de qualidade e com segurança. Ainda temos muitos desafios para alcançar esse objetivo. Apesar de esforços de muitos, qualidade e segurança em serviços de saúde, às vezes, parecem muito mais modismo do que necessidade. Para transformação do sistema de saúde que temos para o que deveríamos ter, como já citado na publicação *Crossing the Quality Chasm*, devemos melhorar a qualidade, a eficácia e o gerenciamento, aumentar a satisfação do paciente e trabalhar a segurança. Entender a segurança como uma importante dimensão da qualidade é um ponto fundamental para iniciarmos esse caminho. Além de muitas iniciativas da Organização Mundial da Saúde, o Brasil, desde 2013, assume um compromisso com a segurança do paciente com a formatação de um Programa Nacional de Segurança do Paciente. Além de termos diretrizes e legislações, é fundamental a mudança de postura de nós, gestores da saúde, entendendo segurança como pilar do atendimento, em todos os níveis de atenção.

Palavras-chave: Gestão da qualidade em saúde. Segurança do paciente. Sistema de saúde.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente, a atenção centrada no paciente, a oportunidade e o acesso, a efetividade, a eficiência, a equidade e um cuidado integrado são metas citadas em 2001 na publicação do Institute of Medicine (IOM)¹ como as seis dimensões mais importantes para que a assistência à saúde possa ser considerada de qualidade. Já se passaram 20 anos, e temos ainda tantas dificuldades na aplicação desses conceitos e no entendimento da importância da segurança como dimensão de um cuidado de qualidade.

A “segurança do paciente é a prevenção de erros associados aos cuidados de saúde e à mitigação dos seus efeitos”². É “reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”³. A segurança do paciente:

[...] é uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área de saúde que consistentemente e sustentavelmente reduzem os riscos, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam o erro menos provável e reduzem o impacto do dano quando ele ocorre⁴.

A segurança do paciente deve ser entendida como um direito, garantindo aos pacientes a ausência de danos evitáveis na assistência à saúde. As organizações de saúde

devem estabelecer barreiras que minimizem a probabilidade de eventos a partir da identificação de riscos. Entendemos que, embora os danos não possam ser completamente eliminados, eles podem e devem ser minimizados e gerenciados.

Reconhecemos já desde os ensinamentos de Hipócrates (460 a 370 a.C.) – *Primum non nocere* (primeiro não cause o dano) – a importância da segurança do paciente com o objetivo do cuidado médico em fazer o bem e evitar fazer o mal.

Na história da qualidade, temos vários pensadores que reforçaram a importância de práticas seguras no cuidado, como Ignaz Semmelweis⁵ (1818-1865), pioneiro nos procedimentos antissépticos, que fez a relação entre a febre puerperal e o exame obstétrico realizado pelos estudantes que haviam vindo da aula de anatomia, e manipulado o cadáver; Florence Nightingale⁶ (1820-1910), pioneira no tratamento de feridos de guerra, durante a Guerra da Crimeia, que contribuiu no campo da estatística com a utilização de métodos de representação visual de informações, com gráficos setoriais, gestão da clínica e profissionalização da enfermagem na Inglaterra; Ernest A. Codman (1869-1940) com a publicação dos primeiros trabalhos sobre a necessidade e a importância de garantir a qualidade dos resultados das intervenções e procedimentos médicos, desenvolvendo um sistema de padronização hospitalar; a publicação em 1999 pelo IOM do relatório *Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro*.

[...] a partir da divulgação do relatório do IOM *To Err is Human*, que o tema segurança do paciente ganhou relevância. Esse relatório se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs) em revisões retrospectivas de prontuários, realizadas em hospitais de Nova York, Utah e Colorado⁷.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) incorporou ao seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 2004. Em 2013, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), mas, ainda hoje, o tema é considerado desconhecido por muitas organizações de saúde.

MÉTODOS

A implantação de um núcleo de segurança nas organizações de saúde, com o mapeamento dos processos e a identificação de riscos, buscando o acompanhamento de resultados, é o caminho para a implantação de uma cultura de segurança.

Ferramentas de avaliação dessa cultura

Uma cultura de segurança forte é caracterizada por comunicações fundadas na confiança mútua, pela percepção compartilhada da importância da segurança e pela

eficácia das medidas preventivas. A utilização de ferramentas de avaliação das percepções e opiniões sobre segurança do paciente – com questões relacionadas com a percepção sobre a atitude dos gestores em relação à segurança, o trabalho em equipe, o estresse, a satisfação com o trabalho, as condições de trabalho e o clima institucional – permite avaliar o momento da organização.

Resultados e Discussão

As organizações de saúde devem estruturar um PNSP que vise, especialmente, “prevenir, monitorar e reduzir a incidência de eventos adversos nos atendimentos prestados, promovendo melhorias relacionadas à segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde”⁸. O programa prevê a formalização de um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), com a atribuição de elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP) e, assim, demonstrar o compromisso da organização com o gerenciamento dos riscos.

Um bom método para gerenciamento dos riscos e a adoção de indicadores, certamente, são práticas que contribuem para a promoção da cultura de segurança. A implantação do NSP tem um papel importante na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Ele deve estar integrado a outras comissões já existentes na organização e promover a prevenção, o controle e a mitigação de incidentes. É um trabalho que deve acontecer de forma integrada, articulado com todos os processos e incentivados pela liderança.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36/2013⁹, todos os incidentes relacionados à assistência à saúde devem ser notificados, incluindo os eventos adversos. Os casos de óbitos relacionados a eventos adversos devem ser notificados em até 72 horas após a ocorrência do evento e, em até 60 dias, apresentar uma investigação com utilização de ferramenta de análise de causa raiz. A notificação é feita em meio eletrônico, no sistema Notivisa. É importante que a organização classifique e analise cada incidente que seja identificado, buscando oportunidades de aprendizados e implantação de barreiras para minimização de novas ocorrências. A expectativa é que a análise dos incidentes possibilite a melhoria contínua dos processos, jamais tenha um caráter punitivo e contribua para a cultura de segurança na organização.

Entende-se como incidente relacionado com a assistência à saúde um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde. Os incidentes classificam-se como: *near miss* (incidente que não atingiu o paciente); incidente sem dano (evento atingiu o paciente, mas não causou dano); e incidente com dano ou evento adverso (incidente que resulta em dano ao paciente)¹⁰. Deve-se, igualmente, observar a ocorrência do que se denomina *never events*, também reconhecidos como eventos sentinela, como aqueles eventos de maior gravidade que nunca deveriam

ocorrer em serviços de saúde. Cada organização de saúde pode suplementar a lista de eventos considerados *never events* pela Anvisa.

Suicídio de qualquer paciente que receba cuidados, tratamento e serviços em um ambiente de atendimento 24 horas ou até 72 horas após a alta, inclusive do Departamento de Emergência do hospital (ED); morte imprevista de um bebê a termo; reação transfusional hemolítica envolvendo administração de sangue ou produtos sanguíneos com incompatibilidades de grupo sanguíneo importante (ABO, Rh, outros grupos sanguíneos) são alguns exemplos considerados como *never events* para a The Joint Commission¹¹.

Por outro lado, a atual fragmentação do cuidado e a deficiência na gestão dificultam a implantação da cultura de segurança. O Relatório Safety 2030² cita que “infelizmente, as tendências na área de saúde provavelmente aumentarão os riscos para a segurança”. Outrossim, discute quatro ameaças emergentes: pacientes cada vez mais complexos; cuidados cada vez mais complexos; restrições orçamentárias; e resistência antimicrobiana.

O relatório cita ainda que:

As ameaças à segurança do paciente estão aumentando, mas podem ser interrompidas ou seu impacto reduzido por iniciativas proativas. Reconhecer sua importância é o primeiro passo nos esforços para melhorar a segurança. Muitas vezes, as respostas têm sido fragmentadas, concentrando-se em um problema e implantando uma solução isolada. Os sistemas de saúde precisam evitar a repetição desse erro e, em vez disso, empregar uma abordagem baseada em sistemas, com foco na cultura, centrada no paciente e na equipe e baseada em evidências.²

Trabalhar em Rede de Atenção à Saúde (RAS) com uma abordagem baseada em sistema, em que as partes trabalhem em conjunto para alcançar um resultado, neste caso, uma assistência segura e diferenciada, deve ser o caminho para a mudança do sistema de saúde tão desejado.

“Os sistemas integrados de atenção à saúde são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida”¹².

Segundo Eugênio Vilaça Mendes¹²,

[...] o problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde praticado, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos. Esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde.

Precisamos caminhar na transição de um sistema fragmentado de atenção à saúde para o modelo de redes de atenção. Além disso, devemos acrescentar as práticas de um cuidado centrado na pessoa com avaliação do valor agregado ao cuidado, contribuindo para a melhoria da qualidade e para a redução do custo da saúde.

Em cada ponto de atenção com abordagem baseada em sistemas, deveria ser adotada a lógica da gestão por processos com a identificação dos processos prioritários que permitem organizar o cuidado daquele ponto. Com ferramentas de mapeamento de processos com a identificação de cadeia cliente fornecedor (utilizando-se SIPOC, por exemplo), definição do produto de cada processo e as tarefas realizadas para seu atingimento, com definição de contratualizações com clientes e fornecedores, é possível oferecer ferramentas de gestão para a implantação de uma cultura de segurança.

Segundo uma publicação do Guia da Health Foundation¹³,

[...] o mapeamento do processo é uma ferramenta usada para mapear cada etapa de um processo. É usado para mapear o caminho ou jornada de uma parte ou toda caminhada de cuidado de saúde dos pacientes e seus processos de suporte. Fazer o mapeamento é especialmente útil como uma ferramenta para envolver a equipe na compreensão de como as diferentes etapas se encaixam, quais etapas que agregam valor ao processo e onde pode haver desperdícios ou atrasos.

Para cada processo, devem ser levantados os possíveis perigos e riscos, e classificadas a probabilidade e a gravidade de ocorrência destes. Assim, com uma matriz de risco estruturada, é possível priorizar a formatação de barreiras para aqueles riscos considerados intoleráveis.

A lógica de gestão por processos, com avaliação da estrutura adequada (área física, recursos humanos, materiais, equipamentos, recursos financeiros) e identificação dos resultados a serem monitorados, contribui para a melhoria da gestão e, consequentemente, para a melhoria do cuidado. As dimensões da qualidade dos conceitos de Donabedian¹⁴ (estrutura, processo e resultado) são ainda atuais e necessárias.

Um exemplo para minimização dos perigos e riscos é a implantação das metas nacionais (e internacionais) de segurança: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamento; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e lesões por pressão.

Além disso, analisar todos os eventos adversos notificados buscando identificar oportunidades de melhorias nos processos também é uma estratégia eficaz para fortalecer a cultura de segurança. De acordo com a RDC nº 36/2013⁹, todos os incidentes relacionados com assistência à saúde, incluindo os eventos adversos ocorridos em serviços de saúde, devem ser notificados ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Para que a organização possa efetuar a notificação, é necessário a realização do cadastro do Núcleo de Segurança do Paciente no Notivisa.

Ainda segundo a publicação já citada do Guia da Health Foundation¹³, vários fatores são necessários para impulsionar e incorporar melhorias em uma organização ou sistema de saúde.

A liderança é responsável pela adoção da cultura de segurança e pelo empoderamento do assunto na organização – uma liderança inspiradora, que valorize os conhecimentos da qualidade e reconheça a segurança como um pilar essencial para o resultado assistencial. É importante também o reconhecimento de uma cultura de melhoria como processo contínuo de redesenho dos processos e atingimento de melhores resultados. Claro que, para termos melhorias, é muito importante conhecermos nossos processos e responsabilizarmos os gestores por toda a interface entre clientes e fornecedores. O gestor de uma unidade de negócio deve ser responsável por todas as etapas necessárias para entrega do produto daquele processo. Ademais, deve se incomodar com uma maneira cada vez melhor de entregar seu produto.

Outro fator também muito importante é a participação de órgãos políticos e reguladores oferecendo recursos necessários para o fornecimento de um padrão de qualidade e apoiando esforços para melhorias dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a OMS,

A segurança do paciente deve ser uma prioridade estratégica para todas as organizações de saúde. A prática de segurança do paciente envolve uma ação coordenada para prevenir danos aos pacientes, causados pelos próprios processos de cuidado à saúde⁴.

A proposta da OMS no documento *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*⁴ propõe sete objetivos claros para o desafio de progredir em direção à universal cobertura de saúde na qual os pacientes estão mais seguros do que eles estão hoje.

1. Envolver os pacientes e famílias como parceiras no cuidado seguro;
2. Atingir resultados por meio de trabalho colaborativo;
3. Analisar e compartilhar dados para gerar aprendizado;
4. Traduzir evidências em ações e melhoria mensurável;
5. Ter políticas e ações baseadas no ponto de atenção do cuidado;
6. Usar o conhecimento científico e a experiência do paciente para melhorar a segurança;
7. Desenvolver a cultura de segurança na concepção da prestação de cuidado de saúde.

Esses objetivos devem ser desenvolvidos por um trabalho de parceria em todos os níveis, envolvendo governos, prestadores de saúde e todas as partes interessadas. Trabalhar a segurança como uma importante dimensão da qualidade fortalece a melhoria da gestão, diminui custos desnecessários ao cuidado de saúde e agrega valor.

Referências

1. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press (US); 2001.
2. Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030. London, UK: NIHR – Imperial Patient Safety Translational Research Centre; 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União [Internet]. 2 abr. 2013 [citado 2021 set 7]; Seção 1:43-4. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. World Health Organization. Overview of the Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. Barr DP. Hazards of modern diagnosis and therapy-the price we pay. J Am Med Assoc. 1955;159(15):1452-6.
6. Neuhauser D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. Qual Saf Health Care. 2003;12(4):317.
7. Sousa P, Mendes W, organizador. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2. Ed, rev. amp. Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz; 2019. 268 p.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa; 2016. – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.
9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 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 [Internet]. 26 jul. 2013 [citado 2021 set 7]; Seção 1:36. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html
10. Organização Mundial da Saúde. Direção geral da saúde. Estrutura Conceitual da Classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final [internet]. Portugal: OMS; 2011 [citado 2021 set 7]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doentepng.asp>.
11. The Joint Commission. Most Commonly Reviewed Sentinel Event Types [Internet]. 2020 [citado 2021 jun 20]. Disponível em: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/Event_type_4Q_2018.pdf

12. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2011. 549 p.: il.

13. The Health Foundation. Quality improvement made simple is published by the Health Foundation. What everyone should know about health care quality improvement. 3rd ed. London: The Health Foundation; 2021. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/quality-improvement-made-simple>

14. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana; 1980.