

GESTÃO DOS RISCOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

Wilson Sergio de Quadros ⁶²

Dra. Marcela Lima Cardoso Selow ⁶³

RESUMO

Desde os primórdios da civilização, pessoas cuidam de pessoas e essa condição sempre foi vista como sinônimo de acolhimento e segurança. Atualmente, sabe-se que as instituições que deveriam tratar dos danos à saúde são responsáveis, muitas vezes, em agravar essas condições, e pior, podem gerar novos e graves incidentes relacionados aos descuidos com seus pacientes. Para que essa condição possa ser controlada, a segurança do paciente, gerenciada por profissionais capacitados e aptos, não apenas na mitigação, mas também, na detecção e controle de eventos adversos vêm sendo a principal medida tomada para retomar a credibilidade das instituições de saúde e cuidar melhor daqueles que de seus serviços necessitem. O presente trabalho de revisão bibliográfica objetivou averiguar as origens do movimento em prol da segurança do paciente no Brasil e no mundo. Concluiu-se que, atualmente, existem diversos órgãos que estabelecem diretrizes visando melhores processos na linha do cuidado ao paciente, bem como, direcionam seus trabalhos para difundir e fiscalizar as instituições de saúde.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Evento adverso em saúde. Risco à saúde.

ABSTRACT

Since the beginnings of civilization, people take care of each other and this condition has always been seen as synonym with greeting and security. Nowadays, it is known that institutions that should deal with health damage are often responsible for aggravating these conditions, and worse, these institutions can generate new and serious incidents related to carelessness with their patients. In order for this condition to be controlled, the patient safety process, managed by trained and ca-

62 Aluno do Curso de Pós-Graduação em Gestão da Qualidade Aplicada à Saúde – Faculdade Dom Bosco.

63 Orientadora. Coordenadora dos Cursos de Pós-Graduação – Faculdade Dom Bosco.

pable professionals, not only in mitigation, but also in the detection and control of adverse events, has been the main measure taken to restore the credibility of health institutions and take care better of those who need their services. The present paper made with bibliographic review had the objective of investigate the origins of the movement in favor of patient safety in Brazil and in the world. It was concluded that, currently, there are several organizations that establish guidelines for better processes in the line of patient care, as well as, direct their work to disseminate and supervise health institutions.

Keywords: Patient safety. Adverse health event. Health risk.

1 INTRODUÇÃO

Há alguns anos iniciaram em escala global, as discussões sobre os danos gerados aos pacientes durante seu período de internação. De maneira bastante tímida, as instituições hospitalares assumiram que realmente, os riscos à saúde do paciente são muitos e, por conseguinte, difíceis de detectar, pois a chave estaria diretamente relacionada à cultura dos profissionais que ainda escondem seus erros e principalmente, apontam certo corporativismo para encobrir falhas detectadas. Com o avançar dos anos muitas leis começaram a vigorar: foram criados órgãos fiscalizadores e a cultura dos profissionais foi se adequando a uma visão mais ampla dos cuidados e da importância de assumir as falhas para que barreiras mais eficientes pudessem ser implantadas e implementadas. O objetivo geral deste trabalho é verificar os critérios que levaram as instituições de saúde a adotar, de maneira efetiva, a gestão dos riscos e difundi-la de maneira a aprimorar a cultura de segurança do paciente, tornando os processos da linha do cuidado mais seguros e eficientes, além de direcioná-las para mapear e gerenciar os riscos de suas atividades.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Há mais de dois mil anos, Hipócrates, conhecido como pai da Medicina, afirmou “primeiro, não cause dano” (BRASIL, 2011, p. 1) e até poucos anos atrás entendia-se que os erros na prestação dos cuidados à saúde eram considerados inevitáveis ou vistos como atos praticados por profissionais destreinados. Atualmente, considerando a necessidade de se desenvolver novas visões direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que promovam a diminuição da ocorrência de erros na atenção à saúde, cria-se então, um plano com

objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2011).

A qualidade trata dos resultados esperados com os sistemas de saúde, enquanto a segurança tem como meta as diversas possibilidades de falha no funcionamento de um sistema, que inevitavelmente, são maiores do que os modos de funcionamento aceitáveis (VINCENT et al., 2013). Em relação ao dano causado ao paciente já estava descrito que cuidado de boa qualidade é aquele que proporciona ao paciente o máximo e mais completo bem-estar, após ter sido considerado o equilíbrio previsto entre ganhos (benefícios) e perdas (danos) que acompanham o processo de cuidado, em toda a sua extensão (DONABEDIAN, 1980). Mais recentemente, evidenciou-se que os sistemas de saúde deveriam oferecer cuidado de saúde a um grande número de pessoas, a um custo aceitável e de modo seguro, porém, qualidade, segurança e custo são pontos que não devem ser considerados isoladamente (VINCENT et al., 2013).

A segurança do paciente recebe, ao longo dos anos, cada vez mais espaço, não apenas pela evolução tecnológica, mas também, pelos riscos advindos (LIMA et al., 2008; HARADA et al., 2006; PADILHA, 2001; PAINE et al., 2004; SANTOS et al., 2010; KOHN et al., 1999). O marco para as discussões desse tema foi a publicação, no ano de 1999, do relatório do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM), denominado *To err is human*, evidenciando a importância da qualidade e segurança do paciente que trouxe à tona o tema dos Eventos Adversos (EA), atraindo atenção da mídia e dos profissionais de saúde. Esse relatório apresentou, entre outros, que entre 44.000 (quarenta e quatro mil) e 98.000 (noventa e oito mil) pacientes evoluíam a óbito anualmente, nos Estados Unidos, vítimas de falhas médicas ou procedimentos em serviços de saúde e que, aproximadamente 7.000 (sete mil) desses casos estavam relacionados aos erros envolvendo medicações (KOHN et al., 1999; IHI, 2006; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

O termo “evento adverso” foi adotado para relatar danos, sendo temporários ou permanentes e até mesmo, àqueles que evoluem ao óbito do paciente que ocorrem por falhas nas atividades (processos não definidos ou mal desenhados), na organização dos serviços (estrutura), na dificuldade de liderança e até mesmo, em atitudes que modificam as realidades existentes (BRANCO FILHO, 2010; HINRICHSSEN, 2010; LEAPE et al., 2009; BRASIL, 2011).

Os eventos adversos, principalmente em hospitais atingem o índice de 01 (um) para cada 10 (dez) pacientes internados, e os fatores são dos mais variados, pois se verifica que existem muitos profissionais envolvidos na linha do cuidado, porém, cada um na sua área de atuação, sem um controle efetivo e principalmente,

sem processos bem definidos e/ou sistematizados (LIMA et al., 2008; HARADA et al., 2006).

Entende-se que para prevenir os eventos adversos e promover a segurança na assistência, não apenas os colaboradores e as equipes multidisciplinares devem estar envolvidos, mas também os familiares, visitantes e principalmente, o próprio paciente. Para gerar um ambiente seguro e desenvolver a cultura de segurança do paciente são necessários capacitações, esforços coordenados e eficiente contribuição de cada profissional envolvido para o alcance desse objetivo além de estabelecer uma metodologia para notificação, não apenas dos eventos adversos, mas também, das “quase falhas”, permitindo assim, a identificação, a possibilidade de revisão global e a correção de problemas nos processos (BRANCO FILHO, 2010).

Um ponto importante a ser reconhecido é que, mesmo os profissionais mais dedicados e experientes, estão sujeitos aos riscos nas suas atividades e que muitas falhas são resultantes de fluxos e processos mal elaborados e complexos (BRANCO FILHO, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou no ano de 2004, através do programa da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, diretrizes e estratégias para estimular e difundir práticas que auxiliassem na segurança do paciente. Definiu-se então como prioridade o desenvolvimento de pesquisas científicas com a definição das melhores práticas voltadas à segurança do paciente. A partir de então, várias pesquisas surgiram com o intuito de avaliar o clima de segurança nas instituições de saúde, ou seja, qual o entendimento das equipes multidisciplinares sobre o que seria essa cultura (BRASIL, 2011).

O Brasil é um dos países adeptos da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O principal propósito dessa aliança é estabelecer metodologias que reforcem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, promovido pelo comprometimento político dos Estados signatários (BRASIL, 2011).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1º de abril de 2013 publicou a Portaria nº 529 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Para fins dessa Portaria, são adotadas as seguintes definições:

I - Segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado de saúde; II - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico,

social ou psicológico; III - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente; IV - evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente; V - cultura de segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; b) cultura que prioriza a segurança, acima de metas financeiras e operacionais; c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança; e VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O desenvolvimento de um Plano Nacional de Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde perpassa, necessariamente, pelo conhecimento da natureza, da extensão e da magnitude dos eventos adversos e incidentes em serviços de saúde. Em outras palavras, um plano de segurança e qualidade resulta na implantação de um conjunto de ações para garantir a ausência de EA, erros e incidentes, ou minimizar ao máximo as suas ocorrências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para se cumprir com os objetivos do PNSP, regulamenta-se o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) através da RDC 36/2013. A sua elaboração fica a cargo do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e institui as estratégias e planos de ações para gestão do risco, sendo essas voltadas para: I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática; II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde; III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; IV - identificação do paciente; V - higiene das mãos; VI - segurança cirúrgica; VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes; IX - segurança no uso de equipamentos e materiais; X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando esse procedimento for realizado; XI - prevenção de quedas dos pacientes; XII - prevenção de úlceras por pressão; XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde; XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral; XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde; XVI - estimular a participação do paciente e dos fami-

liares na assistência prestada; XVII - promoção do ambiente seguro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Entre todas as estratégias citadas, o Ministério da Saúde escolheu seis para a implementação dentro dos serviços de saúde, que foram: I - identificar corretamente o paciente; II - melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; III - melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; IV - assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; V - higienizar as mãos para evitar infecções; VI - reduzir o risco de queda e úlceras por pressão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para garantir a correta identificação do paciente, cria-se um protocolo a fim de reduzir a ocorrência desses incidentes. Entende-se que a identificação do paciente deve garantir que o cuidado seja prestado ao paciente para a qual se destina. A identificação correta é o processo pelo qual se afirma ao paciente que a ele está sendo destinado determinado tipo de cuidado, evitando erros que possam causar lesões. Os erros de identificação do paciente podem ocorrer em qualquer etapa da linha do cuidado, ou seja, desde o internamento, permeando pela assistência, exames, diagnósticos e alta do serviço (ANVISA, 2013).

A segurança da assistência depende de uma comunicação entre os profissionais e áreas que seja oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida por todos. A efetividade da comunicação nas instituições de saúde reduz a ocorrência de erros e resulta na melhoria da segurança do paciente. A comunicação é um processo-chave nas trocas de plantão entre equipes, nas transferências do paciente entre unidades internas ou externas, nas situações de emergências e em todos os registros do prontuário do paciente. Essa é uma ação importante para garantir o conhecimento das informações por parte dos profissionais envolvidos na assistência (JOINT COMMISSION, 2007).

No Brasil ainda não se tem acesso às estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação, porém, frente à possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, em qualquer fase de seu processo, torna-se relevante identificar a natureza e os fatores determinantes das falhas, como forma de direcionar estratégias e ações para a sua prevenção (ANVISA, 2014).

A finalidade do protocolo para Cirurgia Segura é determinar as medidas a serem implantadas para mitigar a ocorrência de eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos, desde a concepção do paciente correto quanto ao procedimento a ser realizado na parte correta do seu corpo. Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias

complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram, de modo expressivo, o potencial de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte (ANVISA, 2013).

Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país tem o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes. É uma das estratégias mais simples, economicamente viáveis e das mais efetivas para o controle das IRAS (ANVISA, 2013).

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente, à combinação de fatores de riscos, entre eles, idade avançada e restrição ao leito. A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade, tanto para a prevenção de úlcera por pressão (UPP), como para quaisquer outras lesões da pele (ANVISA, 2013).

O protocolo de quedas objetiva reduzir a sua ocorrência e o dano dela decorrente, por meio da implantação ou implementação de medidas que contemplem a avaliação desse risco no paciente e garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, além de promover a educação do paciente, familiares e também dos profissionais (ANVISA, 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que há alguns anos a segurança do paciente é debatida por instituições de todo o mundo. Esse fator se deve à percepção de que não apenas os processos de trabalho podem conter erros, mas também, induzir a eles. O reconhecimento e exposição de algumas instituições foram a vanguarda para que todos esses estudos pudessem tomar proporção e gerar mudanças globais. Após lançamento de programas, com diretrizes e estratégias, pela Organização Mundial da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através de Portarias, começou a difundir esses conceitos no Brasil. As barreiras mais difíceis foram, primeiramente, pela necessidade de as próprias instituições terem que expor suas falhas, seguidas do abafamento dos erros pelos próprios profissionais ainda temerosos pelo impacto que

poderiam causar às próprias carreiras. Sendo assim, com a formação de profissionais na área de Qualidade em Serviços de Saúde, que são os responsáveis pelas quebras de paradigmas, auxiliam para uma melhor gestão dos riscos, impactam diretamente na sua mitigação e implementam barreiras cada vez mais eficazes na contenção das falhas, disponibilizando de ferramentas eficientes para detecção, análise e controle dos eventos e, principalmente, na mudança dos conceitos de atitudes de risco. Por fim, para que seja efetiva a difusão da cultura de segurança do paciente, o elemento mais importante a ser trabalhado constantemente, é o profissional de saúde, pois ele é o detentor da responsabilidade do manuseio adequado e seguro dos enfermos que necessitam de seus cuidados e atenção.

REFERÊNCIAS

- BRANCO FILHO, J.R.C. Construindo um modelo de segurança do paciente. *Prática Hospitalar*, ano XII, n. 74, mar/abr, p.8-9, 2010.
- _____. Tolerância zero em infecção hospitalar. *Prática Hospitalar*, v.69, p.34, 2010.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim informativo sobre a segurança do paciente e qualidade assistencial em serviços de saúde. v.1, n. 1, jan./jul. 2011. Brasília: GGTES/Anvisa, 2011.
- DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
- HARADA, M.J.C.S.; PEDREIRA, M.L.G.; PETERLINI, M.A.S.; PEREIRA, S.R. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Atheneu; 2006.
- HINRICHSEN, S.L. A ciência dos bundles e a segurança do paciente. *Farmacêutico em Foco*, n.1, p.10-11, dez. 2010.
- INSTITUTE OF HEALTHCARE IMPROVEMENT. Campanha 5 Milhões de Vida. Disponível em: <http://www.ihc.org/IHI/Programs/Campaign/>>. Acesso em: 15 out. 2016.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Getting the board on board: what your board needs to know about quality and patient safety. Joint Commission Resources, 2007.
- KOHN, L.T.; CORRIGAN, Donaldson; SANTOS, Padilhaapud SANTOS, Jânia Oliveira et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. *Acta Paul Enferm.*, 20(4):483-8, 2007.
- KOHN, K.T; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. (ed.). To err is human: Building a safer healthsystem. Washington. DC: National Academy Press, 1999.
- LEAPE, L.; BERWICK, D.; CLANCY, C.; CONAWAY, J. et al. for the Lucian Leape Institute at the National Patient Safety Foundation. Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality & safety in health care*. v.18, p.424-28, 2009.

LIMA, L.F.; LEVENTHAL, L.C.; FERNANDES, M.P.P. Identificando os riscos do paciente hospitalizado. *Einstein*, v.6, n.4, p.434-8. 2008.

MARCHON, Simone Grativol. A segurança do paciente na atenção primária à saúde. 2015. 78 f.: tab.; graf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANVISA, FIOCRUZ. Protocolo de identificação do paciente. 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20de%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>> Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Protocolo de prevenção de quedas. 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Protocolo%20%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Quedas.pdf>> Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002490IQmwD8.pdf>> Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. 2013. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002428z8pha4.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Protocolo para cirurgia segura. 2013. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/0000024279j862R.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

_____. Protocolo para prevenção de úlceras por pressão. 2013. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002429jFPtGg.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

PADILHA; KITAHARA; GONÇALVES; SANCHES; SANTOS apud SANTOS, Jânia Oliveira et al. Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. *Acta Paul Enferm.*, 20(4):483-8, 2007.

PAINÉ, L.A.; BAKER, D.R.; ROSENSTEIN, B.; PRONOVOST, P. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. DO. 2013;

VINCENT, C.; BURNETT, S.; CARTHEY, J. The measurement and monitoring of safety. London: The Health Foundation, 2013.