

Segurança do Paciente:
criando organizações
de saúde seguras

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

PRESIDENTE

Paulo Ernani Gadelha

VICE-PRESIDENTE DE ENSINO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Nísia Trindade Lima

Editora Fiocruz

DIRETORA

Nísia Trindade Lima

EDITOR EXECUTIVO

João Carlos Canossa Mendes

EDITORES CIENTÍFICOS

Carlos Machado de Freitas

Gilberto Hochman

CONSELHO EDITORIAL

Claudia Nunes Duarte dos Santos

Jane Russo

Ligia Maria Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

Marília Santini de Oliveira

Moisés Goldbaum

Pedro Paulo Chieffi

Ricardo Lourenço de Oliveira

Ricardo Ventura Santos

Soraya Vargas Côrtes

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

DIRETOR

Hermano Albuquerque de Castro

COORDENADORA DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Lúcia Maria Dupret

SEGURANÇA DO PACIENTE

CRIANDO ORGANIZAÇÕES
DE SAÚDE SEGURAS

...as ber...
...ção e nem...
...stre e os disc...
...segundo o meu pr...
...ortal nem um consêncio...
...maculada minha vida e minha...
...os que disso cuidam. Em toda...
...sedução sobretudo longe dos...
...rcício ou fora do exercício da prof...
...ervarei inteiramente secreto. Se...
...a profissão, honrado para sempre...
...médico, por Esculápio, Higeia e Panaceia, como por testemunha...
...minha razão, a promessa que se segue: Estimar, tanto quanto a...
...necessário for, com ele partilhar meus bens; Ter seus filhos por me...
...ade de aprendê-la, sem remuneração e nem compromisso...
...sino, meus filhos, os de meu mestre e de...
...regimes para o bem do doente segundo...
...comprazer, nem remédio mortal nem u...
...ia abortiva. Conservarei imaculada mir...

...sa operação aos práticos que disso...
...o voluntário e de toda a sedução sobretudo longe dos prazeres do an...
...quilo que no exercício ou fora do exercí...
...ar, eu conservarei inteiramente secreto. Se...
...minha profissão, honrado para sempre entre...
...médico, por Esculápio, Higeia e Panaceia, e todo por test...
...e minha razão, a promessa que...
...se necessário for, com ele partilhar meus bens; Ter seus fi...
...necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem comp...
...ensino, meus filhos, os de meu mestre e de...
...regimes para o bem do doente...
...comprazer, nem remédio mortal nem um conselho que ind...
...stância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte. N...
...deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam. Em toda a casa, ai entre...
...de todo o dano voluntário e de toda a sedução sobretudo longe dos prazeres do amor, do...
...ou escravizados. Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da socied...
...ão seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto. Se eu cumprir este jurame...
...alamente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre...
...ns; se eu não me afastar ou

PAULO SOUSA
WALTER MENDES
ORGANIZADORES



Copyright ©2014 dos autores

Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz – Editora Fiocruz e Ensp/EAD

EDITORA ASSISTENTE DA COEDIÇÃO

Christiane Abbade

ASSESSORIA PEDAGÓGICA

Ana Paula Abreu-Fialho

Henriette dos Santos

Kathleen Gonçalves

SUPERVISÃO EDITORIAL

Maria Leonor de M. S. Leal

REVISÃO METODOLÓGICA

Ana Paula Abreu-Fialho

Kathleen Gonçalves

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO

Ana Lucia Normando

Christiane Abbade

Maria Auxiliadora Nogueira

PROJETO GRÁFICO

Jonathas Scott

ILUSTRAÇÃO

Luiz Marcelo Resende

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E TRATAMENTO DE IMAGEM

Quattri Design

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S725s Sousa, Paulo (Org.)

Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras.
/ organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. — Rio de Janeiro,
EAD/ENSP, 2014.

208 p. : il. ; tab. ; graf.

ISBN: 978-85-8432-015-8

1. Segurança do Paciente. 2. Qualidade da Assistência à Saúde.
3. Organizações em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Aprendizagem.
6. Educação a Distância. I. Mendes, Walter (Org.). II. Título.

CDD – 362.104258

2014

Editora Fiocruz

Avenida Brasil, 4.036 – Sala 112

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

CEP 21041-210

Tels.: (21) 3882-9039 ou 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

www.fiocruz.br/editora

**Coordenação de Educação a Distância da
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480


Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

CEP 21041-210

Tel.: (21) 2598 2996

www.ead.fiocruz.br



Cantando espalharei por toda a parte
Se a tanto me ajudar
o engenho e arte.

Luis Vaz de Camões (Canto I – Proposição)

Autores

Ana Monteiro Grilo

Doutorada em psicologia com especialidade em psicologia da saúde; professora adjunta da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL). Integra o Conselho de Mestrado em Medicina Nuclear e a Coordenação da Pós-Graduação em Integração Comunitária e Cuidados de Saúde Primários da ESTeSL. É elemento efetivo do grupo de investigação/pesquisa do Centro de Investigação/Pesquisa em Psicologia da FPUL. *Reviewer* de algumas revistas científicas nacionais e internacionais. Tem investigação/pesquisa e publicações na área da comunicação em saúde, centração no doente e doença crónica (HIV/Sida e cancro/câncer).

Antonio Sousa-Uva

Doutorado em medicina e professor catedrático de saúde ocupacional da Escola Nacional de Saúde Pública; coordena o Departamento de Saúde Ocupacional e Ambiental. Coordena o curso de especialização em medicina do trabalho e o mestrado de segurança do doente. Autor e coautor de livros e capítulos de livros e de outras publicações na área da saúde e segurança do trabalho, da medicina do trabalho, da saúde pública, da segurança do doente e da alergologia e imunologia clínica.

Bárbara do Nascimento Caldas

Médica; mestre em administração de empresas pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (Eaesp/FGV); doutoranda em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Servidora do Instituto Nacional de Cardiologia do Ministério da Saúde. Colaboradora do portal Proqualis.

Carla Simone Duarte de Gouvêa

Médica; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Colaboradora do portal Proqualis. Professora do Curso de Especialização em Gestão de Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).

Cláudia Tartaglia Reis

Enfermeira; doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Autora de artigos sobre segurança do paciente. Referência técnica em vigilância em saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Cataguases, cargo vinculado ao Ministério da Saúde. Colaboradora do portal Proqualis.

Florentino Serranheira

Doutorado em saúde pública na especialidade de saúde ocupacional; licenciado em ergonomia; professor na Ensp-UNL. Um dos colaboradores principais do estudo piloto e do estudo nacional dos eventos adversos em hospitais portugueses. *Reviewer* de diversas revistas científicas nacionais e internacionais na área da saúde ocupacional e da ergonomia; autor de vários artigos científicos sobre ergonomia, incluindo ergonomia e segurança do doente.

Guilherme Brauner Barcellos

Médico; coordenador do programa de hospitalistas do Hospital Divina Providência e executivo do Programa de Gestão da Qualidade e Informação em Saúde (Qualis) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs).

Heleno Costa Junior

Enfermeiro; especialista em administração hospitalar pelo Instituto de Medicina Social (Uerj); especialista em acreditação internacional (JCI – EUA); mestre em avaliação pela Fundação Cesgranrio (UFRJ). Autor de capítulos de livros e artigos sobre avaliação da qualidade, acreditação e segurança em sistemas e serviços de saúde. Assessor de relações institucionais e coordenador de educação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA); representante da *Joint Commission International* (JCI) no Brasil.

Jorge Pontes

Licenciatura e doutorando em gestão no ISCTE-Lisboa. Gestor da qualidade e coordenador da acreditação hospitalar pela *Joint Commission International* no CHAA. Consultor e auditor de sistemas de gestão da qualidade em hospitais e clínicas em Portugal, Angola e Moçambique. Coordenou a pós-graduação de gestão da qualidade e auditoria na saúde – Cespu.

José Carvalho de Noronha

Médico; doutor em saúde coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Membro titular e colaborador do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); colaborador do Proqualis – Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente. Consultor do Consórcio Brasileiro de Acreditação; membro do Comitê de Acreditação da *Joint Commission International* (JCI). Perito da *International Society for Quality in Health Care* (ISQua).

José Fragata

Doutorado em medicina e cirurgia; professor catedrático na NOVA *Medical School* e diretor do Serviço de Cirurgia Cardiorácica do Hospital de Santa Marta. Presidente da *European Association for Congenital Heart Surgery*. Cirurgião cardiorácico; investigador e autor de inúmeras publicações e livros sobre cirurgia cardíaca, transplantação torácica, gestão de risco e segurança dos doentes.

Julian Perelman

Doutorado em economia; professor na Ensp-UNL. Especialista em economia da saúde; autor de vários artigos científicos nas áreas de avaliação económica em saúde, financiamento dos prestadores de cuidados e incentivos e desigualdades em saúde.

Margarida Custódio dos Santos

Doutora em psicologia com especialidade em psicologia da saúde; professora e coordenadora da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL). Professora convidada da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FPUL). Fez parte do Conselho de Mestrado em Segurança do Doente da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Elemento efetivo do grupo de investigação/pesquisa do Centro de Investigação em Psicologia da FPUL. Investigação/pesquisa e publicações na área da comunicação em saúde, adesão, doença crónica e estresse nos profissionais de saúde.

Paulo Sousa

Doutorado em saúde pública; professor na Ensp-UNL. Foi coordenador do estudo piloto e do estudo nacional dos eventos adversos em hospitais portugueses, membro do corpo editorial e *reviewer* de algumas revistas científicas nacionais e internacionais. Autor de vários artigos científicos e capítulos de livros sobre avaliação da qualidade em saúde, gestão do risco e segurança do doente. Coordenou o mestrado em segurança do doente. Atualmente, é o coordenador do mestrado em saúde pública, ambos da Ensp-UNL. Colaborador do portal Proqualis.

Rui Seabra Santos

Licenciado em recursos humanos e mestrando em segurança do doente. Piloto comandante de linha aérea e formador em *Crew Resources Management (CRM)*. Coordenou vários cursos de CRM em Portugal, Brasil e Angola. Autor de capítulos de livros sobre trabalho em equipa, liderança, comunicação e analogia entre a aviação civil e a saúde.

Walter Mendes

Médico; doutor em saúde coletiva pela Ensp/Fiocruz; autor de livros e artigos sobre avaliação da qualidade em serviços de saúde, segurança do paciente e atendimento domiciliar. Representante da Fiocruz no Comitê de Implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Colaborador do portal Proqualis.

Apreciação analítica

Adelia Quadros Farias Gomes

Adriana Carla de Miranda Magalhaes

Adriana Dias Silva

Alexandre Souza Morais

Alice Eulália Chaga Ribeiro

Ana Luiza Braz Pavão

Andrea Donato Drumond da Silva

Anne Caroline Oliveira dos Santos

Arminda Rezende de Pádua Del Corona

Arnaldo Sala

Betina Barbedo Andrade

Carlos Renato Alves da Silva

Catalina Kiss

Celia Maria de Andrade Bruno

Eliane Werneck Abrantes

Fernanda Cristina Manzini Sleutjes

Francis Solange Vieira Tourinho

Geovanna Cunha Cardoso

Helaine Carneiro Capucho

Helen Cristiny Teodoro Couto Ribeiro

Ivanise Arouche Gomes de Souza

Janaina Ferro Pereira

Janine Koepp

Josélia Giordani Hespanhol Duarte

Karla Crozeta Figueiredo

Keroulay Estebanez Roque

Lidia Maria Feitosa Guedes

Liliana Rodrigues do Amaral

Lúcia de Fátima Neves da Silva

Luciana Barcellos Teixeira

Luciana Regina Ferreira da Mata

Luciana Tricai Cavalini

Luciana Venhofen Martinelli Tavares

Margarete Perez Machado

Maria João Lajes Leitão

Maria Lucia de Souza Monteiro

Mário Borges Rosa

Marisa Peter Silva

Michele Santos Malta

Moisés Kogien

Natália Custódio Almeida Akamine

Patricia Eliane de Melo

Renata Galvão Diniz

Rosane Cohen

Rosimeyre Correia Costa

Sebastiana Shirley de Oliveira Lima

Sergio Gelbvaks

Silvana Abrantes Vivacqua

Simara Lopes Cruz Damázio

Sonia Maria Cezar Goes

Sonia Maria Dias de Lima

Suiane Chagas de Freitas Baptista

Susana Ramos

Suzinara Beatriz Soares de Lima

Tatiana dos Santos Borsoi

Teresa Cristina Gioia Schimidt

Valeria Rodrigues de Lacerda

Vera Lucia Neves Marra

Viviane Euzébia Pereira Santos

Waldir Viana das Neves Junior

Sumário

Prefácio	13
Apresentação	15
1. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis	17
<i>José Fragata, Paulo Sousa e Rui Seabra Santos</i>	
2. Consequências económicas de erros e eventos adversos em saúde	37
<i>Julian Perelman, Jorge Pontes e Paulo Sousa</i>	
3. Acreditação e segurança do paciente	55
<i>José Carvalho de Noronha, Heleno Costa Junior e Paulo Sousa</i>	
4. Cultura em segurança do paciente	75
<i>Cláudia Tartaglia Reis</i>	
5. Indicadores de segurança do paciente	101
<i>Carla Gouvêa</i>	
6. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente	115
<i>Antonio Sousa-Uva e Florentino Serranheira</i>	
7. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente	139
<i>Guilherme Brauner Barcellos</i>	
8. Envolvimento do paciente: desafios, estratégias e limites	159
<i>Margarida Custódio dos Santos e Ana Monteiro Grilo</i>	
9. Aspetos mais relevantes nas investigações/pesquisas em segurança do paciente	187
<i>Bárbara Caldas, Paulo Sousa e Walter Mendes</i>	

Prefácio

O Plano Estratégico em vigor na Universidade Nova de Lisboa preconiza o reforço das relações entre universidades mediante o desenvolvimento de projetos de investigação e ensino. Considera-se de interesse mútuo elaborar projetos de Investigação e Desenvolvimento/Pesquisa e Desenvolvimento (I&D/P&D) que respondam a objetivos comuns, impliquem papel relevante de cooperação entre as entidades signatárias na resposta aos desafios que a crescente importância da investigação e desenvolvimento colocam a todos os interessados. Para isso, torna-se necessário ampliar ao máximo as potencialidades da cooperação, em um espírito franco e aberto, com a intenção de conseguir o maior número possível de vantagens mútuas.

A criação do **Curso Internacional em Qualidade e Segurança do Paciente** é o resultado de uma parceria existente entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, do Brasil. Das linhas de cooperação definidas entre as duas instituições na área da Qualidade e Segurança do Doente resultou, além de outros, a organização conjunta, em 2012, do Curso Introdutório à Investigação em Segurança do Paciente, sob a égide da Organização Mundial de Saúde. A solução para ultrapassar a distância que separa os dois países valeu-se do recurso das chamadas “novas tecnologias”: a criação de um sistema de ensino híbrido está concretizada de forma a assegurar a qualidade e o nível científico do curso. Sua organização curricular responde às necessidades efetivas dos profissionais portugueses, brasileiros e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palops): médicos, enfermeiros, farmacêuticos, profissionais das tecnologias da

saúde e outros profissionais interessados na atualização e renovação de conhecimentos dispõem, a partir de agora, de um curso estruturado pelos melhores especialistas de Portugal e do Brasil e organizado de forma a adaptar-se às disponibilidades individuais.

O Curso Internacional em Qualidade e Segurança do Paciente é uma iniciativa que se saúda não só pela capacidade de responder à real necessidade de formação dos profissionais da saúde dos diferentes países da lusofonia, como também por se apoiar nas novas traves mestras que conformam os alicerces do futuro: ensino presencial, a distância e misto. As diversas modalidades da formação ao longo da vida são uma realidade cada vez mais relevante, e a Universidade Nova de Lisboa tem orgulho nessa parceria que, certamente, irá reforçar a formação contínua de profissionais da saúde em Portugal, no Brasil e em toda a lusofonia interessada em frequentar cursos de elevado valor científico e prático, produzidos em língua portuguesa.

António Bensabat Rendas

Magnífico Reitor da Universidade Nova de Lisboa

Apresentação

As questões relacionadas com a qualidade em saúde e a segurança do paciente, em particular a ocorrência de erros e eventos adversos, têm constituído, há tempos, parte de uma crescente preocupação não só para as organizações de saúde, como também para os decisores políticos e gestores, os profissionais de saúde, os pacientes e seus familiares. Esses são temas aos quais ninguém fica indiferente e a todos diz respeito.

O carácter multidimensional, multiprofissional e pluridisciplinar que caracteriza essas áreas – Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente – requer abordagens sistémicas e integradas, de forma a ajudar a conhecer, interpretar e compreender os fenómenos em causa, desde a definição de políticas e estratégias de saúde, no âmbito de um país, região, organização ou serviço, passando pela avaliação e monitoramento, até a elaboração de planos de melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança das organizações de saúde.

Este livro, que também constitui referencial científico e pedagógico do **Curso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente** – uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fiocruz e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa –, pretende ser um contributo para colmatar/atenuar uma lacuna, em função da escassez de publicações principalmente em língua portuguesa, que integre esse tema de forma sistémica e estruturada.

A produção desta obra recebeu a colaboração de um conjunto de autores, do Brasil e de Portugal, que aliam o forte componente académico, ao conhecimento e à vasta experiência prática dos assuntos aqui abordados. Paralelamente, também foi fundamental a vivência acumulada pelas três instituições, parceiras em várias iniciativas – a Escola Nacional

de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Universidade Nova de Lisboa (UNL).

Neste livro, o enfoque é direcionado aos aspetos que entrecruzam e relacionam a Qualidade em Saúde e a Segurança do Paciente com a dimensão da gestão e da governação das organizações e sistemas de saúde.

Para a gestão assegurar a qualidade do cuidado na perspetiva da segurança do paciente, é vital conhecer, entre outros aspetos: i) a organização; as lideranças, seus personagens e estilos; as barreiras à comunicação; as prioridades e a valorização estratégica da gestão do risco; ii) os custos de implementação e potenciais ganhos económicos de soluções efetivas que objetivam melhorar a qualidade e a segurança do paciente; o impacte económico da “não qualidade” e da ocorrência de erros e de eventos adversos; iii) formas de avaliação e monitorização da qualidade e da segurança em saúde, por exemplo, programas de acreditação e uso de indicadores; iv) a relação entre a saúde dos profissionais e os impactos na segurança dos pacientes; v) a comunicação entre os profissionais de saúde e destes com os pacientes e familiares; e, principalmente, vi) o envolvimento e a intervenção dos pacientes nesses contextos. Tais conteúdos são abordados nos oito capítulos deste livro.

Ao final desta publicação, há um capítulo que trata de alguns dos principais aspetos relacionados com a pesquisa em segurança do paciente, nomeadamente prioridades, metodologias, ferramentas e implicações para avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados e segurança dos pacientes.

Escrito respeitando as normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor desde o início de 2009, consideramos que este livro, de modo geral, apresenta-se numa linguagem de fácil entendimento, que tem por base conhecimentos e evidências palpáveis, e reflete o atual estado da arte nessas matérias. Ao longo dos capítulos, estão disponíveis várias referências bibliográficas (algumas das principais e mais atuais), o que permite o aprofundamento de qualquer tema mencionado no âmbito do curso.

O poeta Fernando Pessoa referiu um dia que: “Tudo vale a pena quando a alma não é pequena”. Para nós, organizadores deste livro, seria muito gratificante saber que, em algum momento, esta obra tornou-se útil para os profissionais de saúde e da gestão da saúde de um serviço, organização ou sistema de saúde, do “mundo lusófono”.

Os Organizadores

1. Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis

José Fragata, Paulo Sousa e Rui Seabra Santos

Este capítulo aborda as principais características das organizações de saúde fiáveis/confiáveis (na língua anglo-saxónica, *High Reliable Organization*), bem como a importância e o valor que elas atribuem às questões da segurança e do risco. É também referida a comparação que pode ser feita, em diversos aspetos entre a área da saúde e da aviação (outra área de organizações fiáveis/confiáveis).

Em busca da fiabilidade/confiabilidade

Vários autores, entre os quais nos incluímos, referem que as organizações de saúde têm características semelhantes, pela sua missão e natureza, às organizações fiáveis/confiáveis. Pela sua missão, na medida em que, nas organizações de saúde, realizam-se processos altamente complexos, e a interdependência entre serviços, departamentos, equipamentos, tecnologias e profissionais é por demais evidente. Pela sua natureza, porque o risco é uma realidade constante, o trabalho em equipa uma necessidade, e a influência da cultura de segurança e de uma liderança forte são questões-chave para a organização de saúde. Seguramente, na saúde, temos ainda longo caminho a percorrer rumo à “fiabilidade/confiabilidade”.

Ao compararmos a área da saúde com outras consideradas fiáveis/confiáveis, por exemplo, aviação e energia nuclear, facilmente se percebe o valor que se atribui às questões da segurança; o financiamento disponibilizado para a área da avaliação e gestão do risco (em média 5% do orçamento anual nas áreas referidas); a aposta em tecnologia e ferramentas para prevenir a ocorrência de incidentes ou mitigar seu

impacte; e a resposta dada quando ocorre um incidente. Com base nessas observações, depreendemos que as organizações de saúde têm, ainda, muito que aprender e melhorar nesses domínios.

Com essas questões em mente, discutiremos, ao longo do capítulo, temas como:

- * a complexidade nos sistemas de saúde;
- * os determinantes do resultado em saúde;
- * variação aleatória em saúde;
- * sistemas complexos e os cuidados de saúde;
- * a importância da segurança em outras organizações fiáveis/ confiáveis – fazendo algumas comparações com a área da aviação;
- * a evolução da segurança na aviação civil; e
- * a cultura de segurança em organizações fiáveis/confiáveis.

A complexidade nos sistemas de saúde

A prestação de cuidados de saúde é uma atividade de enorme complexidade. Complexidade ao nível do paciente tratado, mas também em relação a diferentes níveis que envolvem sua prática em consultórios, clínicas, hospitais e outras organizações de saúde. E, ainda, ao nível dos financiadores – pagadores, das organizações governamentais e não governamentais que constituem os intervenientes/atores (*stakeholders*) da saúde. Uma das características dos sistemas de saúde é a produção de resultados (*outputs*) incertos, muitas vezes expressos em erros e complicações, com elevados custos de eficiência e crescentes graus de insatisfação por parte da população tratada e dos prestadores.

Não deixa de ser curioso o facto de as medidas tomadas para reduzir os erros nos sistemas de saúde, como o uso de diretrizes clínicas (*guidelines*) terapêuticas e tantas outras iniciativas, aparentemente boas, não terem conseguido ainda fazer da prestação de cuidados de saúde uma atividade segura, eficiente, uniformemente geradora de valor e satisfação. Os sistemas de saúde têm sido tomados como sistemas “mecânicos”, sendo, na verdade, sistemas “complexos” que devem ser tratados como tal. Os pontos seguintes tratam, de forma precisa, da “complexidade” na saúde e do modo como, olhando os cuidados de saúde dessa perspectiva, poderemos melhorar sua segurança.

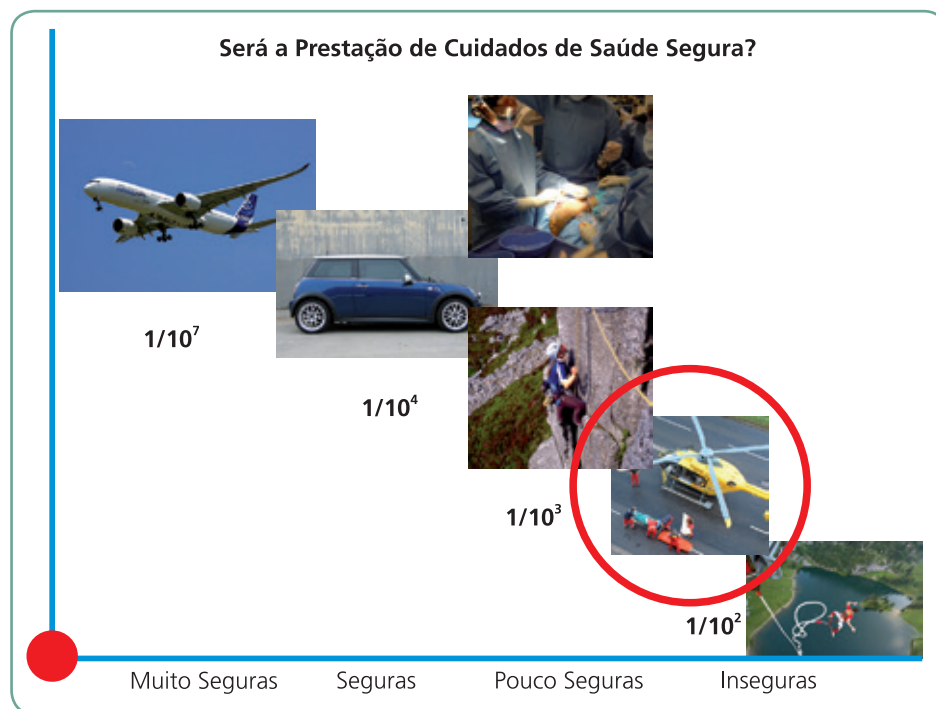
Serão os cuidados de saúde uma atividade segura?

Andar de avião em vias aéreas comerciais é hoje considerado muito seguro. Calcula-se que possa morrer um passageiro por cada 10 milhões de descolagens (107), um nível de segurança designado industrialmente por *sigma* 7. Atividades reguladas, como o tráfico rodoviário, são bem menos seguras, com níveis de risco de *sigma* 4, enquanto outras, por exemplo, o alpinismo, apresentam riscos da ordem de 1 por mil! Nos hospitais, à escala global, o risco de morte por erro, ocorrido durante o internamento/internação, é de 1 para 300 internamentos/internações, e o risco de eventos adversos, de qualquer tipo, atinge cerca de dez em cada cem.

Imaginemo-nos na porta de embarque para um voo intercontinental em que a hospedeira/comissária de bordo, após as boas-vindas e a informação sobre dados da viagem, avisasse, com honestidade, que o risco de morte no voo seria de 1 em 300. Pergunto-me: Quem embarcaria? No entanto, nos hospitais, todos os dias, são admitidos milhões de pacientes que irão, sem saber, incorrer nesse mesmo risco! A prestação de cuidados de saúde, em geral, encontra-se ao nível de *sigma* 3, exceção feita para a anestesiologia, que, sendo muito mais segura, atingiu níveis de *sigma* 5.

Essa insegurança confunde-se com a imprevisibilidade do resultado, ou seja, com excessiva variação aleatória que caracteriza a saúde, mas tem razões profundas de ser: fundamentalmente, a variação extrema do fenómeno biológico e os desvios da performance diagnóstica e terapêutica. Na aviação civil, talvez essa variação seja menor, mas, com toda a certeza, o nível de performance humana e do sistema cobre muita da que porventura existiria, tornando a atividade, de forma dominante, previsível e segura.

Figura 1 – Níveis de segurança das atividades humanas



Fonte: Elaborado pelos autores com imagens da Wikimedia Commons e Flickr.

Determinantes do resultado em saúde

Os resultados em saúde, como em qualquer outra atividade humana, são determinados por:

- * fatores da **dificuldade da atividade** (gravidade da doença ou complexidade do procedimento, por exemplo);
- * fatores relacionados com o **ambiente envolvente** (condições locais de momento, pressões, dotação de *staff*...);
- * fatores de **performance** (individual, de equipa e da organização...) e;
- * fatores **aleatórios** (variação não explicável).

A dificuldade de atividade representa um potencial para morte, complicações e agravamento de custos (todos esses *outputs* negativos), e pode ser contornada pelo nível da performance.

Entende-se, assim, que qualquer resultado em saúde deve ser indexado ao nível da complexidade tratada, o que é hoje feito por estratificação e ajustamento de risco, levando a apresentar resultados segundo o modelo de índices de **resultado obtido versus resultado esperado**.

Percebe-se, então, que a correta gestão do risco clínico pode ajudar a obter melhorias de performance e melhores *outputs*. A complexidade de um caso é constante e transportada por cada paciente, o risco que lhe está associado varia em função da performance e pode ser modelado. Mesmo assim, não poderão ser evitados, em absoluto, erros e eventos adversos resultantes de ação humana direta (erros ou falhas ativas) e de defeitos organizacionais (erros ou falhas latentes) a múltiplos níveis. Obrigam-se os prestadores – indivíduos e organizações – à total correção de meios, mas não se poderão, nunca, vincular à obtenção de um dado resultado permanentemente bom.

Variação aleatória em saúde

Desde muito cedo, soube-se que os resultados em medicina estavam associados a uma variação incerta. Sir William Osler (citado por Fragata 2011), reputado médico canadiano/canadense do século XIX, afirmava que a medicina era a “arte do incerto e a ciência da probabilidade”, e, apesar de todos os avanços tecnológicos, sociológicos e organizacionais verificados nos últimos duzentos anos, essa citação nunca pareceu tão atual. De onde provém a variação em medicina? Por exemplo, em campos com grande desenvolvimento tecnológico e dependência organizacional, como a cirurgia das cardiopatias congénitas, a variação de resultados de mortalidade para defeitos cardíacos mais graves e exigentes, como a cirurgia de Norwood para a síndrome do coração esquerdo hipoplásico (com níveis uniformes de complexidade), chega a variar 20 vezes conforme os centros e a geografia! Diremos que a variação excessiva será um resultado indesejável na saúde, havendo, assim, a variação expectável e a variação indesejável, definidas pela estatística como dois ou três desvios-padrão em torno da média, consoante o nível de exigência.

Figura 2 – Sir William Osler (1849-1919)



Fonte: Wikipedia (2007).

Sir William Osler foi um dos quatro professores fundadores do Johns Hopkins Hospital. Criou o primeiro programa de residência/internato para formação de médicos.

A variação em medicina pode ser dita esperada e inexplicável (também apelidada de indesejada), sendo essa variação inexplicável hoje cada vez mais atribuída, com maior ou menor exatidão, à má performance médica e institucional e considerada um indicador de má qualidade na saúde. Com efeito, para atividades complexas e com grande dependência sistêmica, os resultados melhores parecem inequivocamente associados ao maior volume de casos, o que sugere colocar a responsabilidade da variação indesejada do lado da má performance.

Na medicina, decidimos num quadro variável de concordância e certeza e, raramente, estamos 100% concordantes e certos (na área da chamada Medicina Baseada na Evidência). Na maior parte das vezes, estamos no que Stacey (2003) apelidou de “margem do caos”. Esse “caos decisional” resulta do facto da atividade de prestação dos cuidados de saúde ser exercida não no seio de **sistemas mecânicos** deterministas (Newtonianos), em que as mesmas causas, repetidas, condicionam os mesmos resultados, mas sim no seio de **sistemas complexos**, cuja variação dinâmica é a regra. Esses sistemas que explicam à escala cósmica as interações em campos tão diversos, como o espaço, o sistema imune, a meteorologia ou a variação financeira dos mercados, também explicam a variabilidade excessiva na saúde.

Sistemas complexos e os cuidados de saúde

Tomemos como exemplo um automóvel. Para o melhorarmos, poderemos decompô-lo em partes ou sistemas (motor, suspensão, sistema eléctrico...), melhorar cada parte e montar de novo. Esse processo de decomposição hierárquica funciona bem para sistemas mecânicos, mas não para sistemas de complexidade dinâmica, porque, por serem não lineares, não têm pontos de equilíbrio, parecendo antes aleatórios e caóticos; esses sistemas são constituídos por muitos agentes (médicos, enfermeiros, pacientes, pagadores, gestores...) que tendem a atuar dentro de redes profissionais e sociais, mas também independentemente, por interesses próprios e diferentes, não raras vezes conflitantes. Esses agentes são inteligentes, ganham cultura, experiência, que muda em função do tempo, adaptando-se num processo de auto-organização e, talvez o mais importante, não apresentam pontos únicos de controlo, ou seja, ninguém está, de facto, em controlo. Portanto, serão sempre mais facilmente influenciáveis no seu comportamento do que móveis por qualquer controlo direto.

Um sistema como esse – o sistema de saúde – não pode ser decomposto hierarquicamente, sob pena de se perder a informação relacional mais relevante. Entende-se assim que a complexidade do sistema de saúde o torna mais vulnerável a erros e resistente à mudança para melhor.

Atuando nesse tipo de sistema, quais as medidas que teriam mais efeito na redução da variação aleatória excessiva e na qualidade global dos serviços de saúde?

1. À medida que a complexidade da medicina aumenta, a simplificação para utentes/usuários (pacientes) e prestadores (médicos, técnicos e enfermeiros) deveria aumentar, nomeadamente por suporte tecnológico, fluxo de trabalho (*workflows*), itinerário clínico (*clinical pathways*), para dar alguns exemplos. Essa tendência tem sido protagonizada pelas empresas de telecomunicações, veja-se o caso da Apple®.
2. Outro aspeto prende-se com o *design* de toda a atividade, que deve primar pela integração desde os fluxos de tratamento, que não devem ser parcelares, mas contínuos, ao funcionamento dos cuidados em rede (primários, secundários) até a conceção do modelo de saúde global. Esse desenho deve privilegiar a integração e a flexibilidade, enquanto monitoriza e influencia padrões de atuação.
3. Finalmente, o modo como esses sistemas serão geridos deverá ser diferente, dado que essas organizações tendem a aprender, adaptar-se e se auto-organizar. Em vez das organizações tradicionais, geridas para minimizar custos, as organizações de saúde devem ser geridas para maximizar o valor.

Para melhor compreender, as diferenças entre uma organização “tradicional” e um “sistema dinâmico”, veja a seguir o quadro comparativo:

Quadro 1 – Sistema tradicional versus dinâmico

Sistema Tradicional	Sistema Dinâmico
Gestão	Liderança
Comando e controlo	Incentivos e inibições
Atividades (atos médicos isolados)	Resultados finais (paciente tratado)
Foco na eficiência	Foco na agilidade
Relação contratual	Envolvimento pessoal
Forte base de hierarquia	Hierarquia (ordem consensual)

O modelo que melhor responde às necessidades de modulação de um sistema complexo, como o da prestação de cuidados de saúde, será o que contempla a **informação** e a **incentivação**. A informação deve fluir livremente a todos os níveis, por exemplo, a notificação de incidentes ocorridos, que levará a aprendizagem e ao redesenho do sistema. Essa notificação deve ser feita sem culpabilização, voltada para o sistema, e não para o indivíduo, servindo sempre à aprendizagem, que leva ao conhecimento, feito ferramenta de segurança adaptativa.

Em sentido lato, a **informação** abrange fluxo de trabalho, listas de verificação e itinerários clínicos (*workflows, checklists, clinical pathways*), por exemplo, que tanto limitam os erros e melhoram a eficiência; inclui, ainda, a comunicação e a dinâmica da equipa – aspetos que a *Joint Commission for Accreditation of Hospital Organizations* (JCAHO) responsabilizou por 70% dos eventos adversos em saúde (Leonard 2013)! Essa dinâmica de equipa será, porventura, o meio mais eficaz de servir o modelo de microssistema clínico de prestação de cuidados que tanto parece limitar erros e desperdícios na prestação de cuidados.

A **incentivação** é uma dimensão lato que tanto pode significar a remuneração pelo que se produz efetivamente (valor criado ou tratamento final conseguido com sucesso), como o mero conhecimento inclusivo desse resultado. É curioso pensarmos que um dos meios mais poderosos de incentivar a notificação de eventos é dar *feedback* dos resultados da análise, das medidas e o seu impacte no terreno a quem notificou. Curiosamente, o *feedback* representa o elemento fundamental para a interligação que caracteriza esses sistemas adaptativos complexos.

Se é certo que o fenómeno da complexidade permite explicar, em parte, a variação nos resultados em saúde – variação expetada e variação indesejada –, sendo essa cada vez mais atribuída à deficiente performance, também é certo que a complexidade poderá ser modelada se o sistema for desenhado e gerido da forma adequada. Esses modelos, que pouco temos visto em uso no sistema (de saúde) tal como o conhecemos hoje, mas têm sido usados com enorme eficácia nas organizações ditas fiáveis/confiáveis (como as centrais nucleares ou a aviação, por exemplo), devem, agora, passar a ser aplicados às organizações de saúde em que, espera-se, venham a ter impacte igualmente favorável.

A importância da segurança em outras organizações fiáveis/confiáveis – o caso da aviação

No contexto da aviação civil, segurança é “o estado em que os riscos associados com as atividades da aviação, relacionadas com, ou de apoio direto à operação de aeronaves, são reduzidos e controlados a um nível aceitável” (Icao 2013).

Embora a eliminação de incidentes graves e/ou acidentes com aeronaves continue a ser o objetivo final, é reconhecido que o sistema da aviação civil não está e nunca estará completamente livre de perigos e dos riscos associados. As atividades humanas ou os sistemas construídos com forte inter-relação homem-homem e/ou homem-tecnologia, como a aviação civil e a saúde, não garantem “risco zero” ou completa ausência de erros operacionais, eventos indesejáveis e das suas consequências (Helmreich 2000). Por conseguinte, nos sistemas complexos, como são as atividades da aviação civil, nuclear, aeroespacial, petroquímica e saúde, a segurança tem de ser dinâmica e acompanhar a evolução das atividades e dos riscos (Lipsitz 2012). É importante também referenciar que a aceitabilidade do desempenho da segurança é, muitas vezes, influenciada pelas culturas e normas locais, nacionais e/ou internacionais.

Enquanto os riscos de segurança são mantidos sob um nível apropriado de controlo, um sistema tão aberto, complexo e dinâmico como a aviação civil (e a saúde) tem ainda de ser gerido para conseguir manter o equilíbrio adequado entre produção (lucro) e proteção (segurança).

A evolução da segurança na aviação civil

A história da evolução da segurança na aviação civil pode ser dividida em três épocas (Figura 3):

- ✱ **A época da tecnologia (a partir do início do século passado até o final dos anos 1960)** – No início do século XX, a aviação civil emergiu como uma atividade de transporte massivo de pessoas, em que as deficiências detetadas na segurança eram, inicialmente, relacionadas com factores técnicos e falhas tecnológicas. O foco dos esforços da segurança foi, portanto, colocado sobre a investigação de acidentes e incidentes (método reativo) e na melhoria dos factores técnicos. Na década de 1950, os avanços tecnológicos levaram ao declínio gradual na frequência de acidentes, e os processos de

segurança foram redesenhados para abranger a necessidade do cumprimento da regulamentação e das normas (método preventivo) e permitir a fiscalização do seu cumprimento.

- ✱ **A época dos factores humanos (a partir do início dos anos 1970 até meados da década de 1990)** – No início de 1970, a frequência de acidentes na aviação civil foi significativamente reduzida em razão dos grandes avanços tecnológicos e da melhoria das normas de segurança. A aviação civil tornou-se o modo mais seguro de transporte, e o foco da segurança foi estendido para incluir o tema Factores Humanos (do inglês *human factors*), abrangendo a interface homem-máquina (Avermaete, Kruijssen 1998). Isso levou a uma procura de informações sobre segurança (método preventivo) para além do que foi gerado pelo processo de investigação de acidentes, anteriormente descrito (método reativo).

Apesar do investimento de recursos na mitigação do risco, o desempenho humano continuava a ser citado como um factor recorrente nos acidentes. A aplicação do conhecimento adquirido pela ciência dos factores humanos focou-se no indivíduo, por meio do desenvolvimento de formação e treino em CRM (*Crew Resource Management*), mas ainda sem considerar e alargar seu âmbito ao contexto operacional e organizacional (o sistema) em que o indivíduo desenvolve sua atividade (Helmreich 1999; Taylor et al. 2011).

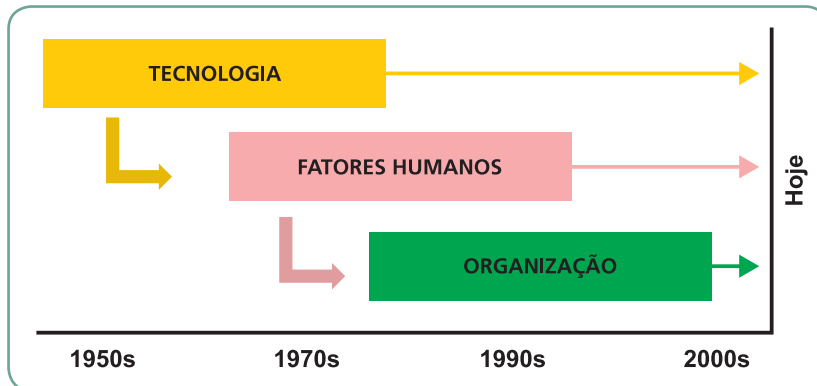
Mas, no início dos anos 1990, foi reconhecido, pela primeira vez, que os indivíduos trabalham num ambiente complexo, incluindo múltiplos factores, e cujo contexto tem o potencial de afetar seu comportamento e desempenho quer individual, quer em equipa.

- ✱ **A época organizacional (a partir de meados da década de 1990 até a atualidade)** – Durante essa época, a segurança começou a ser vista através de uma perspectiva sistêmica que abrange os factores organizacionais para além dos factores humanos e tecnológicos. Como resultado, a noção de “acidente organizacional” começou a ser introduzida considerando o impacte da cultura e das políticas organizacionais na eficácia do controlo e mitigação do risco de segurança.

Para além disso, a recolha/coleta “tradicional” de informação ou dados e os esforços de análise, os quais tinham sido limitados à utilização de informação ou aos dados recolhidos/coletados por meio da investigação de acidentes e incidentes graves (método reativo), foram complementados com uma nova abordagem proativa (método preventivo) para a segurança.

Essa nova abordagem baseou-se na recolha/coleta e análise contínua de informação ou dados obtidos na rotina diária da atividade (por meio de Registos Digitais de Dados do Voo e Gravação da Conversação no Cockpit - *Flight Data Records* e *Cockpit Voice Record*) utilizando metodologias proativas, bem como as reativas, nunca abandonadas, para monitorar os riscos de segurança conhecidos e detetados nas atividades produzidas.

Figura 3 – Factores contribuintes para o incidente/acidente



Fonte: Adaptado de Reason (2000).

Essa metodologia, assente numa perspetiva sistémica, é complementada por um sistema robusto, fiável/confiável e confidencial de obtenção de informação, por meio de sistemas de notificação de ocorrências (em que a mínima ocorrência, por exemplo, o erro, o incidente que não atingiu o paciente (*near-miss*), a fadiga, o estresse e outros eventos detetados ou com suspeita de influência são incentivados a serem reportados), para uma análise, partilha e aprendizagem organizacional (*learning organization*) de evitar ocorrências futuras, porque se sabe que, hoje, a ocorrência de um acidente ou incidente sério não resulta de um único factor contribuinte, mas de uma cascata de factores contribuintes “vivos no sistema” e que, alinhados num processo aleatório de difícil explicação e causalidade, contribuíram para o evento adverso.

Toda essa evolução e, principalmente, a nova forma de encarar a segurança justificou o surgimento da aproximação da necessidade de “gestão” para a segurança. Falamos, agora, da gestão da segurança.

Na aviação civil, a segurança (como obtê-la) faz parte da estratégia da organização, é transversal a toda a organização, e nenhum colaborador está isento da sua contribuição para manter o mais alto nível de segurança e o menor risco aceitável e possível na sua atividade diária (em cada minuto).

A segurança em organizações fiáveis/confiáveis requer uma atitude verdadeiramente inclusiva de todos, a par com uma resiliência muito própria. Mas todos esses valores descritos neste capítulo fazem parte de uma dimensão muito mais elevada – a cultura de segurança.

Cultura de segurança em organizações fiáveis/confiáveis

No Capítulo 4 deste livro, a cultura de segurança será abordada mais profundamente.

O conceito de “cultura de segurança” emergiu com maior visibilidade com o desastre de Chernobyl, em que se verificaram várias falhas de segurança, e ganhou relevo para os cuidados de saúde na linha do que sucedeu com a aviação civil, na qual tem sido seguido de forma exemplar.

Foto 1 – Sarcófago da Usina Nuclear de Chernobyl, na Ucrânia, desativada após o que é considerado o pior acidente nuclear da história



Fonte: Andryszczak (2010).

A cultura de segurança aplicada à saúde tem uma componente de percepção e outra, associada, de comportamentos de segurança; elas devem estar interiorizadas nos indivíduos, residir nas equipas e fazer parte integrante das organizações. Assim, entende-se que existam camadas ou ambientes de cultura sectoriais, mas cujos valores serão comuns e baseados numa atitude permanente de **notificação sem culpa**, de **focagem no sistema**, de **aprendizagem e redesenho** e de **geração de conhecimento aplicável**, de **proatividade** em relação aos eventos possíveis e **sentido de vulnerabilidade** e, ainda, de **resiliência**.

Essas dimensões devem ser exercidas em equipa, com forte componente de auto-organização e perfeita comunicação e, ainda, o envolvimento de

todos os seus membros, a cada nível, de modo inclusivo, incorporando as normas e preocupações com a segurança nos “genes” da organização, que assim se tornará de facto segura. Essa cultura de segurança será uma cultura “justa”, ou seja, responsabilizando sem culpabilizar, deixando a culpabilização exclusivamente para os casos em que exista a violação de normas ou de protocolos.

Para refletir

A partir da cultura de segurança existente em sua organização, que dificuldades se apresentam para a implementação dos valores descritos nos parágrafos anteriores?

Ferramentas para alcançar a cultura de segurança – aviação e saúde o que têm em comum?

A cultura da organização, a hierarquia rígida e a ausência de competências interpessoais (*non-technical skills*) são, sem dúvida, os factores que contribuem fortemente para os erros operacionais. Esses erros podem ainda ser potenciados num contexto em que, pela existência de um “clima”, uma “atmosfera”, uma “maneira” de atuação nas atividades, os profissionais “juniores” ou de determinado grupo profissional têm receio de falar ou expressar sua opinião, mesmo quando verificam a ocorrência de potenciais erros executados por si e/ou por outros profissionais na preparação, durante ou após uma atividade profissional (Flin 2009; McCulloch et al. 2011).

Para que essa tendência seja alterada, com o objetivo máximo de reduzir ou mitigar esses erros, procura-se, hoje, nas atividades da saúde, como no passado na aviação civil (ambas consideradas áreas/organizações complexas), estabelecer **procedimentos** que aumentem a segurança das atividades e processos a realizar.

Adaptados da área da aviação civil para a área da saúde, alguns conceitos são considerados fundamentais, como **verificar**. Nos procedimentos cirúrgicos, por exemplo, a palavra e, nalguns casos, a ação de **verificar** passaram a ser a regra. E verificar o quê?

O que verificar?

Verificar tudo antes do ato cirúrgico (talvez utópico...).

Verificar a disponibilidade e bom funcionamento dos equipamentos (tecnologia) e dos instrumentos cirúrgicos.

Verificar se é o paciente certo.

Verificar se é o local correto (por exemplo, questões de lateralidade - perna esquerda ou perna direita?).

Verificar todos os procedimentos e etapas desde o momento da decisão cirúrgica até o início da cirurgia.

Verificar a constituição da equipa cirúrgica.

Verificar o estado de fadiga, vigilância e estresse dos intervenientes (equipa cirúrgica).

Verificar a disponibilidade de medicamentos, dispositivos, equipamentos (incluindo os que, apenas, são usados em situações de urgência, ou seja, que normalmente não são utilizados).

Verificar os procedimentos de contingência.

Verificar ... a verificação!!!

Esse assunto já foi visto nos Capítulos 3 e 9 do livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*.

Parte dessa rotina de verificação deve ser feita com o “envolvimento” do paciente acordado e consciente (veja o caso da *checklist* cirúrgica em que o primeiro momento deve ser feito antes de o paciente estar anestesiado), exceto em casos de emergência.

Após a verificação, deve-se marcar. Marcar o local ou locais aonde e/ou para onde vamos “voar” ou “operar”. Essa marcação deve ser inequívoca (não ambígua), padronizada, comumente compreendida, bem visível. No caso de uma cirurgia, tal marcação deve ser feita com um marcador de tinta permanente, para que a marca não seja removida com facilidade. Essa marca deve ser feita pelo próprio cirurgião ou por um membro da equipa, mas na presença dele, envolvendo sempre os membros da equipa cirúrgica. Da mesma forma que o processo de verificação, o processo de marcação destina-se a introduzir redundância no sistema, mitigando o risco e aumentando os índices de segurança na cirurgia.

“*Time out*” ou pausa breve antes da “ação”. É nesse momento que a equipa fala sobre o caso em que irá “atuar”, bem como as circunstâncias ou contexto em que tal ação irá se desenrolar (no caso de uma cirurgia, discute-se o caso – resumo da história clínica do paciente etc.), estratégia cirúrgica, equipamentos, recursos necessários – quer se a situação decorrer como o esperado, quer em termos de cenários que possam surgir (qualquer complicação ou “desvio” que possa ocorrer).

Essa é uma etapa fundamental, cujo objetivo é promover a comunicação entre os membros da equipa cirúrgica e o envolvimento, a participação e inclusão de todos no processo de tomada de decisão.

Reuniões breves antes da realização de uma atividade (*time outs*, ou *mini briefings*), como na aviação civil, são, hoje em dia, considerados momentos curtos, mas essenciais – oportunidades de concentração e de revisão da “tática” – antes de uma intervenção cirúrgica. Esses “*time outs*” facilitam a transferência e a partilha de informações críticas e criam uma “atmosfera” cooperativa, de motivação e de partilha entre os elementos da equipa cirúrgica (Flin, 2010). Desenvolve-se, assim, uma cultura de segurança no local, um modo de atuar coordenado, a união de todos para um objetivo comum: a segurança do paciente e a efetividade do ato cirúrgico (Krause et al. 09).

Com essas práticas de atuação, à semelhança da aviação civil, consegue-se perceber:

- * Quem é quem dentro do bloco operatório (nome e função – o papel – de cada elemento da equipa).
- * Qual é o plano de intervenção a ser seguido (partilha de informação, liderança, quem atua (*Pilot Flying*) e quem supervisiona e monitoriza (*Pilot Monitoring*).
- * Qual é a familiaridade com o procedimento a seguir e quais são as questões relevantes sobre as situações que possam ser encontradas durante o ato cirúrgico (proatividade em vez de reatividade).
- * Qual é o procedimento de contingência a seguir, caso surja essa necessidade.

Posteriormente, são utilizados protocolos de verificação pré-operatória, ou seja, listas de verificação (*checklists*), para que sejam seguidos todos os procedimentos tidos como corretos e verificados os recursos existentes para o início da cirurgia. Não há que confiar na memória de ninguém, pois ela é falível.

Na aviação civil, paralelamente, reconhece-se, há muito tempo, que a utilização de *call-outs*, *cross-checks* (e, de forma eventual, *checkagain*), *briefings*, *minibriefings*, procedimentos, *checklists*, simulação (praticar antes de “fazer” pela primeira vez e treinar e aperfeiçoar ao longo da

vida, estando também preparado para situações novas – “emergência”) e o conceito de *sterile cockpit* (ausência de comunicação não essencial nos momentos críticos da atividade a desenvolver) são ferramentas práticas, úteis e muito simples de executar que, embora se reconheça e aceite os limites do desempenho humano e os condicionamentos envolvidos do contexto para o erro, servem para minimizar a possibilidade de erro e potenciar a segurança na aviação. O mesmo pode ser aplicado na saúde antes, durante ou após o ato cirúrgico.

Fotos 2 e 3 – Simulações são estratégias indicadas de treinamento e aperfeiçoamento em sistemas complexos como saúde e aviação civil



Fonte: JMMAESTRE (2012), Wikipedia (2008).

Na aviação, entende-se (e sabe-se) que até mesmo os tripulantes mais experientes cometem erros. Não é pelo facto de fazerem o mesmo tipo de voo, de operação (missão), aterragem e descolagem há muitos anos e terem bastante experiência acumulada que estão livres de cometer erros. Na aviação, assumiu-se que o factor humano é a causa principal dos acidentes e dos incidentes sérios. A área da saúde começa agora a dar os primeiros passos, mas são os mesmos de uma longa caminhada que a aviação civil já percorreu.

Para a indústria da aviação, quando os erros são identificados por quem os executa ou por quem os deve monitorizar, eles podem ser corrigidos, e a atividade de quem os comete pode ser readaptada: as margens de atuação alargam-se, o nível de atenção aumenta, e a vigilância situacional (*situation awareness*) é melhorada.

Na aviação, para verificar se o resultado das ações dos pilotos é o esperado, utilizam-se, antes de uma “fase dinâmica” como a aterragem e a descolagem, as ferramentas de *briefings*, *call-outs* e *cross-check*. Por meio de *call-outs*, o piloto verifica se o resultado da sua ação é aquele esperado e, pela utilização do *cross-check*, se o resultado da ação do outro colega (piloto) é o pretendido naquela fase de voo. Os *briefings* servem para o estabelecimento de uma comunicação ativa e eficaz dentro do *cockpit*, criando-se um clima de confiança e participação de todos para um objetivo comum também de todos – a **segurança**.

Para refletir

Você atua no ou tem contacto com o bloco operatório de sua organização? Procure saber se seguem as boas práticas aqui listadas, se existe um “clima” participativo de todos.

Como é realizada a comunicação entre os integrantes desse bloco? Ela é efetiva e eficaz entre todos os intervenientes/atores (incluindo o paciente antes do ato)? A segurança do paciente é o objetivo comum da equipa cirúrgica (centralidade no paciente)?

Fazendo a “analogia” entre um *cockpit* e um **bloco operatório**, o que muda não é a intenção da ação, pois essa se mantém: Está, pelo menos, a vida de um ser humano nas nossas mãos, e teremos que gerir a situação para que, no decorrer da operação – seja ela cirúrgica ou o “simples” ato de voar –, não ocorram acidentes ou incidentes graves que coloquem em risco a vida desse ser humano.

Ambas as atividades têm um objetivo partilhado: gerir o risco por forma a evitar incidentes. Tendo em comum a ação e o objetivo partilhado, as práticas de atuação da **tripulação** dentro de um *cockpit* de um avião (e que ainda não descolou) podem ser a base das práticas a adotar por uma **equipa cirúrgica num bloco operatório**, na fase pré-operatória, ou seja, na fase “antes da descolagem” para uma intervenção cirúrgica segura.

Outro aspeto importante e transversal às organizações fiáveis/confiáveis relaciona-se com a resiliência dos “sistemas”. Resiliência significa a capacidade de as organizações (nesse caso, organizações de saúde) resistirem, responderem e se adaptarem às “pressões dos diversos riscos” inerentes às atividades desenvolvidas no caso da saúde – riscos associados à prestação de cuidados de saúde (Carthey et al. 2001).



Para aprofundar mais esse tópico, sugerimos a entrevista com Erik Hollnagel, disponível no Portal Proqualis (<http://proqualis.net/video/entrevista-com-erik-hollnagel#.VDrCMRa8qmQ>), e a leitura do documento “Proactive approaches to safety management”, The Health Foundation, 2012 (igualmente disponível no Portal Proqualis).

Considerada por alguns autores (Carthey et al. 2001; Hollnagel 2012) como a “face positiva” da segurança, a resiliência é intrínseca à organização e, simultaneamente, influenciada pela cultura de segurança; pela liderança; pelo compromisso dos profissionais para com as questões da segurança; pelo contexto social da organização; ou tão simplesmente, pelo valor atribuído às questões da segurança e os mecanismos de proteção e reação que a organização tem para resistir e responder aos riscos a que estão expostas. Nesse contexto, torna-se fundamental antecipar, monitorizar, responder e estar disponível para aprender. Tais características são cruciais para aumentar ou reforçar a resiliência das organizações, em particular das organizações fiáveis/confiáveis.

Considerações finais

Em síntese, os sistemas (organizações) fiáveis/confiáveis são aqueles que operam em ambientes complexos em que a probabilidade de ocorrência de erros ou incidentes é significativa, mas nos quais existem mecanismos que permitem a gestão dessas ocorrências e minimização do seu impacto. Convém não esquecer que, na área da saúde, como conjunto de organizações complexas, o risco zero é impossível de se obter. O desígnio dos profissionais, gestores e decisores políticos da área da saúde deve ser o claro compromisso com a segurança dos pacientes. Cabe a todos, incluindo os paciente e familiares, trabalhar em conjunto na busca de ações, ferramentas, metodologias, soluções e estratégias que visem prevenir ou mitigar esses riscos, como forma a reduzir e/ou eliminar a ocorrência de eventos adversos, e tornar as organizações de saúde seguras e verdadeiramente fiáveis/confiáveis.

Referências

Andryszczak P. File:Chernobyl HDR.JPG. Wikimedia Commons, 2010 [citado 2014 jul 21]. Disponível em: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chernobyl_HDR.JPG

Ankerl T. Ficheiro:Oeamtc hubschrauber.jpg. Wikipedia, 2006 [citado 2014 jul 21]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Oeamtc_hubschrauber.jpg.

Avermaete JAG, Kruijssen EAC. NOTECHS: the evaluation of non-technical skills of multi-pilot aircrew in relation to the JAR-FCL requirements: final report. Amsterdam; 1998.

Carthey J, Leval MR, Reason JT. Institutional resilience in healthcare system. Qual Health Care. 2001;10:29-32.

Flin R. Training in non-technical skills to improve patient safety. BMJ. 2009 Oct 31; 339:985-986.

Flin R. et al. Anaesthetist' non-technical skills. Br J Anaesth. 2010;105(1):38-44.

- Fragata J. Risco complexidade e performance. São Paulo: Almedina; 2006.
- Fragata J. Segurança dos doentes: uma abordagem prática. [Local desconhecido]: Lidel; 2011.
- Helmreich RL. The evaluation of crew resource management training in commercial aviation. *Int J Aviat Psychol*, 1999;9:19-32.
- Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ*. 2000 Mar 18;320:781-785.
- Hollnagel E. Proactive approaches to safety management. London: The Health Foundation; 2012.
- International Civil Aviation Organization. Safety management. Annex 19 to the Convention on International Civil Aviation. Quebec: ICAO, 2013 Jul.
- JMMAESTRE. File:Hospital virtual Valdecilla.jpg. Wikipedia, 2012 [citado 2014 jul 21]. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Hospital_virtual_Valdecilla.jpg
- Krause, Thomas R, Hidley JH. Taking the lead in patient safety: how healthcare leaders influence behavior and create culture. New Jersey: John Wiley & Sons; 2009.
- Kunzle B et al. Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: a literature review. *Safety Science* 2001;48-1:1-17.
- Leonard M et al The essential guide for patient safety officers. 2nd ed. Washington, DC: The Joint Commission, Institute for Healthcare Improvement; 2013.
- Lipsitz LA. Understanding health care as a complexity system. *JAMA*. 2012; 243:308-3.
- MacNeil C. Extreme Bungee Jump. Flock, 2007 [citado 2014 jul 21]. Disponível em: <https://www.flickr.com/photos/carla777/1039697905>
- McCulloch P et al. The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcomes in the operating theatre. *Qual Saf Health Care* 2011;18:109-115.
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000 Mar 18;320:768-70.
- Rouse BW. Health care as a complex adaptative system: implications for design and management. *The Bridge*, Spring 2008.
- Stacey RD. Strategic management and organizational dynamics: the challenge of complexity. 4th ed. Harlow: Pearson Education; 2003.
- Taylor CR et al. Effect of crew resource management on diabetes care and patient outcomes in an inner-city primary care clinic. *Qual Saf Health Care*. 2011;16:244-7.

Wikimedia Commons. File:Airbus A350-900 Maiden Flight (Low pass) 1.JPG. 2013 [citado 2014 jul 21]. Disponível em: [http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Airbus_A350-900_Maiden_Flight_\(Low_pass\)_1.JPG](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Airbus_A350-900_Maiden_Flight_(Low_pass)_1.JPG).

Wikimedia Commons. File:Calcfx.jpg. 2010 [citado 2014 jul 21]. Disponível em: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Calcfx.jpg>

Wikimedia Commons. File:Kate-at-fleshmarket.JPG. 2007 [citado 2014 jul 21]. Disponível em: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Kate-at-fleshmarket.JPG>

Wikimedia Commons. File:2004MINICooperS-001.JPG. 2005 [citado 2014 jul 21]. Disponível em: <http://commons.wikimedia.org/wiki/File:2004MINICooperS-001.JPG>.

Wikipedia. File:Sir William Osler.jpg. 2007 [citado 2014 jul 21]. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Sir_William_Osler.jpg.

Wikipedia. File:AC97-0295-13 a.jpeg. 2008 [citado 2014 jul 21]. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/File:AC97-0295-13_a.jpeg

2. Consequências económicas de erros e eventos adversos em saúde

Julian Perelman, Jorge Pontes e Paulo Sousa

Este capítulo aborda algumas das principais questões que se relacionam com o impacto dos eventos adversos (EAs) em termos económicos. Tendo por base uma análise da literatura sobre o tema, tentou-se evidenciar o peso económico e social associado à ocorrência dos EAs, bem como a necessidade de que tal evidência deve ser do conhecimento dos profissionais, gestores e decisores políticos da área da saúde por forma a integrar esses conhecimentos nas tomadas de decisão e na definição de estratégias que visem melhorar a segurança do paciente. Assim, serão abordados, neste capítulo, os seguintes pontos:

- * o contributo da economia na saúde e o porquê da importância em medir os custos dos EAs;
- * quanto custam e quais os custos que devem ser apurados;
- * como medir os custos dos EAs e que custos integrar;
- * discussão sobre as metodologias utilizadas para apurar custos relacionados com os EAs.

Por que medir os custos dos eventos adversos? O contributo da economia na saúde

A ciência económica parte da constatação que os recursos são limitados e as necessidades inúmeras, obrigando a fazer escolhas, a tomar decisões e a “sacrificar” umas necessidades a favor de outras. A economia é a ciência das escolhas, e a saúde não escapa a esta realidade: mesmo na saúde, as

arbitragens são necessárias. Quem investe na saúde, quem financia a saúde – Estado, seguradoras, cidadãos – confronta-se com recursos (orçamentos) limitados, que devem ser alocados entre diferentes terapias, programas de prevenção ou de promoção da saúde, entre profissionais, equipamentos, meios complementares de diagnóstico. Essa questão é ainda mais relevante se considerarmos o aumento notável das despesas em saúde ao longo das últimas décadas (por exemplo, mais de 23% em Portugal entre 2000 e 2010), e as inúmeras pressões para que esse aumento continue (emergência de novas tecnologias, expectativas altas da população, aumento dos preços e rendimentos, envelhecimento etc.).

As decisões são mais complexas na área da saúde do que noutras áreas por várias razões, tais como:

- * preponderância do sector público, que limita a possibilidade de “deixar o mercado decidir”;
- * multiplicidade de critérios de decisão (eficiência, equidade, qualidade, *responsiveness*, direitos humanos etc.);
- * dificuldade em quantificar custos e benefícios em saúde.

A avaliação económica em saúde, que representa uma componente importante da economia da saúde, pretende responder a esse último desafio por meio de técnicas de medição de custos e benefícios em saúde e a sua integração para produzir informação objetiva, que possa apoiar a decisão nas políticas de saúde. A avaliação económica em saúde compara custos e benefícios de opções alternativas em saúde (terapêuticas, preventivas, organizativas) para determinar a “vantagem económica” de cada opção, o seu *value for money*, – para usar o termo inglês – ou seu “custo-efetividade” – para usar o termo técnico –, e será favorecida a opção que permita obter maiores ganhos em saúde pelo menor custo.

A medição de custos é, portanto, um instrumento essencial para o apoio à decisão na área da saúde. Assim, a medição dos custos dos eventos adversos é relevante por duas razões essenciais:

- a) Por um lado, em conjunto com a medição da prevalência desses eventos, demonstra o peso económico da doença para a sociedade e, portanto, o seu carácter prioritário para as políticas de saúde. De facto, hoje em dia, não é suficiente demonstrar a forte prevalência ou incidência de uma doença para convencer os decisores políticos a intervir; também importa salientar o seu peso económico, em termos de custos para o Estado e para a sociedade, e de perdas, em termos de crescimento económico e desenvolvimento. O “custo dos eventos adversos” será comparado ao do VIH/Sida/HIV/Aids,

da malária, do tabagismo ou da obesidade, para os quais já existe uma literatura relativamente abundante, em geral conhecida como *cost-of-illness studies*.

- b) Por outro lado, a medição do custo dos EAs representa o pilar fundamental para poder avaliar intervenções alternativas que permitam reduzir os EAs, ou comparar essas intervenções com outras dentro da área da saúde.

Quanto custam os eventos adversos? Resultados da literatura internacional

Os custos dos EAs têm sido considerados em diversos estudos a nível internacional. Poucos estudos têm tentado estimar os custos adicionais dos EAs nos cuidados hospitalares e, ainda menos, os custos em serviços de saúde fora dos hospitais. Todos os estudos analisados demonstram que as lesões dos pacientes associadas aos cuidados de saúde aumentam substancialmente os custos, estimando-se entre 13 e 16% dos custos hospitalares (Jackson 2009), o que representa cerca de um dólar em cada sete dólares gastos no atendimento aos pacientes.

Nos EUA, o impacto dos EAs mensuráveis no aumento da despesa de saúde é considerável. Se incluirmos a má prática médica e os custos da medicina defensiva, estima-se que cheguem a atingir entre 2 a 10% dos custos totais da saúde, representando, em 2006, entre 50 a 250 bilhões de dólares (Forum 2011; Goodman et al. 2010). Grande parte desses custos é resultado de cuidados desnecessários, que também podem ser muito perigosos ao paciente. Há uma epidemia de erros médicos e infecções hospitalares que estão a aumentar os custos da prestação de cuidados de saúde, causam sequelas e até mesmo a morte para muitos pacientes (Smith et al. 2012).

Para enquadrar a problemática dos custos dos EAs, optamos por apresentar os estudos que consideramos mais relevantes, tendo em conta a sua dimensão e impacto internacional. A organização e a sequência dos estudos pretendem ser cronológicas, sendo apresentados, em primeiro lugar, os estudos transversais realizados principalmente nos EUA e Europa, que analisam e estimam os custos de todos os EAs, e, em seguida, os estudos que se dedicaram a analisar EAs específicos.

O *Harvard Medical Practice Study* (HMPS) (Brennan et al. 1991; Leape 1991) foi considerado o primeiro estudo a estimar os custos dos EAs usando dados populacionais. Em 1984, no Estado de Nova York, os autores selecionaram uma amostra de 30.121 pacientes e, por meio da

revisão dos seus processos clínicos/prontuário, utilizando como método 18 critérios de positividade, determinaram a taxa de incidência de EA de 3,7% dos pacientes hospitalizados. Os custos de saúde estimados para esses EAs foram de 3,8 bilhões de dólares (Brennan et al. 1991; Leape 1991). O impacto nacional, com base nesse estudo, foi de mais de 50 bilhões de dólares, representando cerca de 13% do total das despesas de saúde nos EUA. A metodologia do HMPS tem sido usada como referência em estudos posteriores dos EAs.

Um segundo estudo, realizado por Thomas et al. (1999) no Utah e no Colorado, veio reforçar e evidenciar o impacto financeiro dos EAs. A metodologia utilizada foi semelhante à do HMPS. Com uma amostra randomizada, foram revistos 14.732 processos clínicos/prontuários de 28 hospitais, e detetados 459 EAs, dos quais 265 eram evitáveis. Os custos totais dos EAs foram de 661,9 milhões de dólares. Nesse estudo, as complicações pós-operatórias são o tipo de EA mais dispendioso e o mais evitável, seguido pelos eventos relacionados com medicamentos, diagnósticos incorretos ou tardios e os procedimentos médicos (Tabela 1). A integração de custos da saúde domiciliar decorrente do EA representa cerca de 30% do total de custos e cerca de 50% dos custos de internamento/internação.

Os autores extrapolaram os resultados do estudo para um universo de 33 milhões de admissões hospitalares nos EUA (1993) e estimaram que os custos nacionais para os EAs seriam de 37,6 bilhões de dólares. Em 1996, tal custo representava cerca de 4% das despesas de saúde nos EUA.

Tabela 1 – Custos de eventos adversos e evitáveis por tipo de evento – estudo Utah e Colorado

Tipo de evento adverso	Custos EAs totais em milhões (USD*)/%	Custos EAs evitáveis em milhões (USD)/%
Cirúrgico (operação)	232.043 / 35,06%	120.383 / 38,79%
Relacionado com medicamentos	213.750 / 32,29%	50.740 / 16,35%
Diagnóstico ou terapêutica	114.650 / 17,32%	72.372 / 23,32%
Relacionado com procedimentos	59.562 / 9,00%	38.296 / 12,34%
Outros	41.884 / 6,33%	28.591 / 9,21%
Total	661.889 / 100,00%	310.382 / 100,00%

Fonte: Adaptado de Thomas et al. (1999).

*USD: Dólares americanos (*United States Dollars*)

Mais recentemente, em 2008, a *Society of Actuaries Health Section (SAHS)*, preocupada com os EAs, desenvolveu um estudo, também nos EUA, com o objetivo de medir a frequência anual dos erros médicos e o impacto dos custos totais mensuráveis na economia americana. Esses custos incluem o agravamento dos custos médicos, os custos relacionados com o aumento da mortalidade e os custos relacionados com a perda de produtividade após a ocorrência de um erro.

Nesse estudo da SAHS, para uma amostra de 564 mil EAs identificados e reclamados, os autores estimaram uma taxa de EA de 7% na admissão, praticamente o dobro da verificada por Thomas et al. (1999), e no HMPS. A taxa de erros médicos por negligência é de 1,7% das admissões (Shreve et al. 2010). De acordo com o relatório, o valor global anual de lesões médicas foi estimado em 6,3 milhões de pacientes. Foram identificados custos relacionados com erros médicos no valor de 19,5 bilhões de dólares (Shreve et al. 2010) (17,1 bilhões de **custos diretos** e 2,4 bilhões de custos indiretos) durante o ano de 2008, nos EUA. Os autores usaram uma metodologia diferente em relação aos estudos anteriores (6), recorrendo à análise de uma extensa base de dados das seguradoras com as reclamações para pagamento de incidentes médicos aos prestadores de serviços de saúde.

Custos diretos são aqueles aos quais é possível realizar a imputação direta a um determinado bem ou serviço produzido, por exemplo, o custo de uma medicação administrada.

Na Tabela 2, são apresentados os dez principais tipos de erros identificados no estudo da SAHS e que representam 69% do total de EA com maior impacto económico. As úlceras de pressão e a infecção pós-operatória caracterizam-se por serem os tipos de EAs com custos mais elevados (7,5 bilhões de dólares, cerca de 38,6% dos custos totais) e, em conjunto com a infecção por punção periférica, têm taxa de lesões por erro médico superior a 90%.

Tabela 2 – Erros com o maior custo anual mensurável medido no estudo da SAHS

Tipo de erro	Lesões por erros %	N. de lesões	N. de erros	Custo médico por erro (USD#)	Custo mortalidade hospitalar por erro (USD)	Desvio padrão por erro (USD)	Custo total por erro (USD)	Total de custos (milhões USD)
Úlcera por pressão	> 90%	394.699	374.964	8.730	1.133	425	10.288	3.858
Infecção pós-operatória	> 90%	265.995	252.695	13.312	N/A	1.236	14.548	3.676

Tabela 2 – Erros com o maior custo anual mensurável medido no estudo da SAHS (cont.)

Tipo de erro	Lesões por erros %	N. de lesões	N. de erros	Custo médico por erro (USD#)	Custo mortalidade hospitalar por erro (USD)	Desvio padrão por erro (USD)	Custo total por erro (USD)	Total de custos (milhões USD)
Complicação mecânica de dispositivo, implante ou enxerto	10–35%	268.353	60.380	17.709	426	636	18.771	1.133
Síndrome pós-laminectomia	10–35%	505.881	11.823	8.739	N/A	1.124	9.863	1.123
Hemorragia por complicação de procedimento	35–65%	156.433	78.216	8.665	2.828	778	12.272	960
Infeção após injeção. Transfusão ou vacinação	> 90%	9.321	8.855	63.911	14.172	N/A	78.083	691
Pneumotórax	35–65%	51.119	25.559	22.256	N/A	1.876	24.132	617
Infeção por cateter venoso central	> 90%	7.434	7.062	83.365	N/A	N/A	83.365	589
Outras complicações internas*	< 10%	535.666	26.783	14.851	1.768	614	17.233	462
Hérnia ventral sem menção de obstrução ou gangrena	10–35%	239.156	53.810	6.359	260	1.559	8.178	440

Fonte: Adaptado de Shreve J. et al. (2010).

* Biológicas, sintéticas, dispositivos, implantes e enxerto

USD: Dólares americanos (*United States Dollars*)

N/A: Não se aplica

Em 2010, a Medicare, dos EUA (Levinson 2010), publicou um estudo que visava estimar a incidência nacional de EAs nos seus beneficiários hospitalizados, avaliar a evitabilidade dos eventos e estimar seus custos. A taxa de incidência dos EAs foi estimada em 13,5% dos beneficiários hospitalizados, e cerca de 1,5% dos pacientes experimentaram um evento que conduziu à morte.

A metodologia do estudo da *Medicare* baseia-se numa amostra representativa de 780 utentes/usuários que receberam alta hospitalar no mês de outubro de 2008 e com recurso a auditores médicos que utilizaram as listas de EAs do *National Quality Forum* (NQF) e do *Hospital-Acquired Conditions* (HAC) para validar os eventos. Os médicos determinaram que 44% dos EA eram evitáveis.

Os custos adicionais da *Medicare*, associados aos EAs, foram estimados em 324 milhões de dólares, o que equivale a 3,5% dos custos totais com o internamento/internação. No ano de 2009, as despesas totais com internamento/internação foram estimadas em 137 biliões de dólares, o que, a manter-se esse percentual de 3,5%, significaria um custo acrescido de 4,4 biliões de dólares associado a EAs.

Na União Europeia (UE), estima-se que, nos seus Estados-membros (Council of the European Union 2009), entre 8% a 12% dos pacientes internados são vítimas de EA durante seu tratamento. Alguns estudos na UE sobre a incidência dos EAs abordam os custos associados.

Na Holanda, num estudo realizado em 2004, com uma amostra de 7.926 pacientes, os autores utilizaram como metodologia a revisão retrospectiva dos processos clínicos, efetuada por enfermeiros e médicos, aplicando o protocolo do *Canadian Adverse Event Study* (CAES), originalmente usado pelo *Harvard Medical Practice Study*, que consiste na aplicação de um *screening* de 18 critérios preditivos de EA. Os resultados do estudo mostram que os custos médicos atribuíveis aos EAs, nos hospitais, ascendem a 355 milhões de euros (Hoonhout et al. 2009), dos quais 46% seriam evitáveis. O custo de um EA foi calculado em 4.446 euros. Em 2004, o total das despesas da saúde era de 14,5 biliões de euros, representando os EAs cerca de 2,4% dessa despesa. Segundo os autores, o excesso do tempo de internamento/internação foi em média de 10,3 dias, por paciente com EA, tendo como consequência 320.680 dias de camas/leitos ocupados em razão dos EAs.

Em Portugal, o estudo piloto dos EAs, realizado em 2010 (com base em processos clínicos/prontuários do ano de 2009) utilizou metodologia idêntica ao CAES e apurou que, em cerca de 58,2% dos pacientes que sofreram um EA, houve prolongamento dos dias de internamento/internação, e, em média, esse prolongamento foi de 10,7 dias com todas as consequências em termos de custos e de dificuldades na gestão de camas/leitos que daí decorrem (Sousa et al. 2014).

Um estudo realizado no Brasil (Travassos et al. 2010) apurou que os pacientes com EA apresentaram tempo médio de permanência no

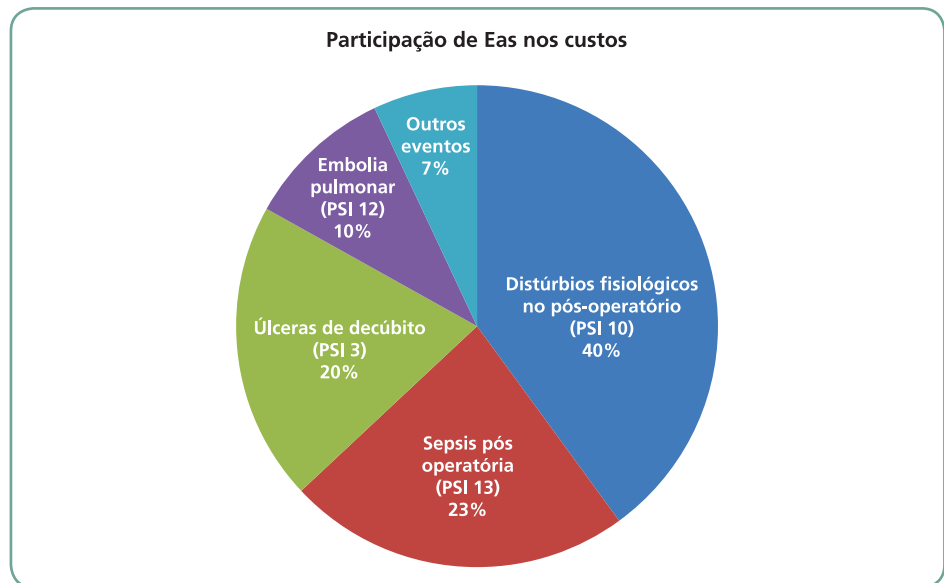
hospital de 28,3 dias superior ao observado nos pacientes sem EAs. Extrapolados para o total de internações nos dois hospitais, os eventos adversos implicaram gasto de R\$ 1.212.363,30, que representou 2,7 % do reembolso total.

Para refletir

Você já havia pensado no impacto dos EAs sobre a questão da gestão de camas/leitos? Sua organização sofre com essa relação de causa e consequência?

Existe algum tipo de estimativa do impacto econômico dos EAs em seu país, região ou organização?

O *Excess Costs of Adverse Events in Hospitals in France* é o título do primeiro estudo (Nestrigue, Or 2011) realizado na França com objetivo de estimar o custo direto de nove tipos de EAs. A metodologia utilizada para detetar os EAs hospitalares baseou-se na avaliação de nove indicadores (PSI – *Patient Safety Indicators*) da *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ). Em 2007, o custo total dos EAs foi estimado em cerca de 700 milhões de euros. Nesse estudo, foram identificados quatro tipos de EAs responsáveis por 93% do total de custos, nomeadamente:



Nos países da UE, todos os anos, cerca de 4,1 milhões de pacientes sofrem de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) hospitalar, dos quais cerca de 37 mil morrem (Council of the European Union

2009), correspondendo a uma taxa de mortalidade de 0,9%. Os tipos de infeção mais frequentes são as do trato urinário (27%), as do trato respiratório (24%) e as infeções do sítio cirúrgico (17%), sendo esse último tipo o que representa maior impacte económico. Em 2008, o custo das IACS na UE foi estimado em cerca 8 biliões de euros (Lamar-salle 2013). Esses custos devem-se predominantemente ao aumento do tempo médio do internamento/internação superior a 9,8 dias.

Nos EUA, de acordo com a CDC (Scott 2009), as IACS afetam cerca de 1,73 milhões de pacientes e representam um custo entre 16 e 19 biliões de dólares por ano, baseados em estimativas de 2002 de Klevens e atualizados a preços de 2007 (Scott 2009). O custo associado à infeção nosocomial estimado por Hassan et al. (2010) é de 10.375 dólares em razão, principalmente, do aumento do tempo médio de internamento/internação e representa acréscimo de 24% relativamente aos custos de um internamento/internação sem infeção.

Dados recentes (2013) apresentados por Zimlichman et al. (2013) indicam o peso acentuado dos principais tipos de IACS nos EUA, cujo custo ronda os 9,8 biliões de dólares (Tabela 3). Os resultados desse estudo podem ser comparados com os da CDC (Scott 2009), tendo em conta que avaliam o mesmo tipo de infeção.

Tabela 3 – Impacte financeiro das infeções associadas aos cuidados de saúde em pacientes internados em hospitais de adultos nos EUA (17)

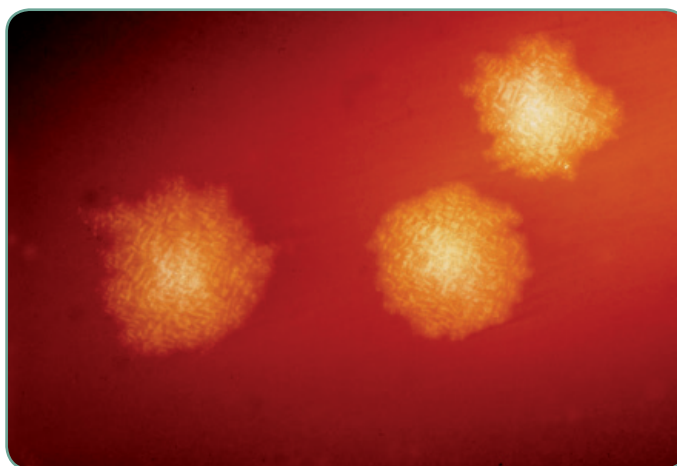
Tipo de infeção associada aos cuidados de saúde	Custos (1) estimados a preços de 2012		
	Total (milhões USD*)	Limite inferior (milhões USD)	Limite superior (milhões USD)
Infeção do local cirúrgico (ferida operatória)	3 297	2 999	3 596
Infeções da corrente sanguínea associadas ao cateter central	1 851	1 249	2 636
Infeções do trato urinário associadas a cateter	28	19	37
Pneumonia associada à ventilação mecânica	3 094	2 797	3 408
Infeções por <i>Clostridium difficile</i>	1 508	1 219	1 814
Total	9 778	8 283	11 491

Fonte: Adaptado Zimlichman et al. (2013).

*USD: Dólares americanos (*United States Dollars*)

O número de casos de infeção por *Clostridium difficile* tem vindo a aumentar no mundo inteiro. Uma das principais razões para esse acréscimo do número de casos é o facto de os hospitais estarem, hoje em dia, melhor preparados para seu diagnóstico. Trata-se de infeção por uma bactéria que existe, em geral, no intestino humano e pode causar problemas se o paciente for vulnerável e estiver a fazer uso de antibióticos. Nesses casos, a bactéria multiplica-se exponencialmente, libertando toxinas, transmitindo-se com facilidade em ambiente hospitalar. A prevenção da sua transmissão é feita por meio do cumprimento das regras de higiene das mãos e do ambiente.

Figura 1 – Colônias de *Clostridium difficile* após 48 horas de crescimento em uma placa de ágar sangue



Fonte: Holdeman (1965).

O *C. difficile* é um bacilo Gram-positivo anaeróbio, sendo a causa mais frequente de diarreia associada a antibióticos.

O NEHI e NQF (National Priorities Partnership, 2010) alertam para a oportunidade de se poupar 21 biliões de dólares na prevenção de erros de medicação. Esse organismo estima um custo com os erros de medicação evitáveis de 16,4 biliões de dólares para os pacientes internados e cerca de 4,2 biliões com os pacientes do ambulatório.

Os estudos anteriores mediram essencialmente os custos médicos, portanto do ponto de vista do chamado “3º pagador”. Esse termo refere-se à entidade que financia os cuidados de saúde; não é nem o prestador de cuidados nem o utente/usuário, mas, geralmente, o Estado ou a seguradora privada. A análise dos custos sociais relacionados com os EAs, que permite estudar os custos na perspetiva da sociedade, é pouco abordada, mas merece reflexão e cuidado especial. O cálculo dos custos sociais deve ter em linha de conta com os anos de vida perdidos, as perdas de produtividade e o apoio de familiares ou de terceiros aos pacientes.

Baseado nos resultados da mortalidade dos estudos sobre EA (2,4) publicados nos EUA, Goodman et al. (2011) estimaram que os custos sociais variam entre 393 biliões e 958 biliões de dólares americanos. O autor teve como referência os métodos de cálculo dos custos das lesões resultantes dos acidentes de trabalho, incluindo o valor económico da vida humana e aplicou-os ao EA.

Em síntese, no Quadro 1, apresentamos uma visão geral dos resultados dos principais estudos analisados.

Extrapolção é o cálculo aproximado do valor de uma função desconhecida, correspondente a um valor da variável situado fora do intervalo que contém os valores dessa variável, para os quais se conhece quanto vale a referida função. Por exemplo, calcular para um país os custos dos eventos adversos tendo por base os custos decorrentes em dois hospitais.

Quadro 1 – Visão geral dos resultados dos principais estudos apresentados neste capítulo

Autor e ano publicação	País	Tipo evento	Amostra	Método	Resultados EA / lesões	Estimativa custos	Extrapolção dos custos
Leape L, Brennan T, et al., 1991	EUA	EAs	30.121 pacientes hospitaliza-dos em NY	Revisão de processos clínicos HMPS, 18 critérios de preditivos de EA	3,7% admissões	\$3,8 biliões	\$50 biliões 13% total despesas saúde
Thomas et al., 1999	EUA	EAs	14.732 pacientes hospitaliza-dos em Uthan e Colorado	Revisão de processos clínicos, adaptação do HMPS	3,1% admissões	\$661,9 milhões	\$37,6 biliões 4% total despesas saúde
Shreve J. et al., 2010	EUA	EAs	564.000 lesões em pacientes hospitaliza-dos	Reclamações às seguradoras para pagamento de incidentes médicos. Lesões identificadas por ICD-9	7% admissões	\$19,5 biliões	-
Levinson D., 2010	EUA	EAs nos beneficiários da Medicare	Amostra representativa de 780 beneficiários da Medicare	Após alta dos pacientes, revisores médicos utilizaram as listas de EA do NQF e do HAC para validar os eventos	13,5% admissões	\$324 milhões	\$4,4 biliões 3,5% custos totais da Medicare
Hoonhout L. 2009	Holanda	EAs	7.926 pacientes hospitaliza-dos	Revisão de processos clínicos HMPS / CAES, 18 critérios de preditivos de EA	2,3% admissões	-	\$355 milhões 2,4% total despesas saúde
Nestrigue C. et al., 2011	França	Nove tipos de EA – indicadores PSI – AHRQ	População hospitalizada em 2007	Query com as variáveis (ICD-9) dos 9 EA, para extrair a informação em base de dados nacional, com registo dos pacientes com código de ICD-9 e GDH	0,5% admissões associadas aos 9 EA	-	€700 milhões para os 9 EAs

Quadro 1 – Visão geral dos resultados dos principais estudos apresentados neste capítulo (cont.)

Autor e ano publicação	País	Tipo evento	Amostra	Método	Resultados EA / lesões	Estimativa custos	Extrapolação dos custos
Zimlichman, L, et al 2013	EUA	Infeção associada aos Cuidados Saúde (IACS)	Fontes de dados para estimativa de custos atribuíveis realizando uma revisão sistemática da literatura, (Pub Med de 1986 até abril de 2013)	Utilização da simulação de Monte Carlo, foram geradas as estimativas pontuais e IC de 95% para os custos atribuíveis e para o tempo de internamento/ internação	-	-	\$9,8 bilhões

Como medir os custos? E que custos medir? Algumas dificuldades metodológicas

A revisão da literatura demonstra que, a nível mundial, a segurança clínica e os EAs têm merecido a atenção dos governos, principalmente dos países desenvolvidos. Em 2004, a OMS definiu uma estratégia global por meio da *World Alliance for Patient Safety* sob o lema “*First do no harm*”.

Apesar de, nos últimos 20 anos, terem sido realizados inúmeros estudos para avaliar o impacto clínico dos EA, só recentemente se deu importância ao impacto económico desses eventos. E, como consequência, existem poucos estudos com estimativas do impacto dos custos adicionais dos EAs nos hospitais e, ainda menos, fora dos hospitais (nos cuidados de saúde primários, por exemplo).

Os resultados dos inúmeros estudos realizados e publicados comprovam que as lesões decorrentes dos EAs aumentam substancialmente os custos dos cuidados de saúde, como pode ser confirmado nos estudos apresentados neste capítulo. No entanto, pela análise dos estudos, também se constata que existe uma discrepância quanto aos métodos utilizados para a estimação dos custos associados aos EAs. A ausência de uma metodologia comum dificulta a comparação, e para a mesma população podem produzir resultados diferentes. A literatura revela, ainda, falta de consenso sobre que variáveis de custo devem ser medidas e não apresenta os custos de um programa para reduzir a incidência dos Eas (Jackson 2009). Ou seja, a literatura é escassa e apresenta em prioridade resultados sobre

“custo da doença”, enquanto negligencia a avaliação económica de estratégias alternativas para reduzir os EAs.

Dificuldades em definir custos diretos

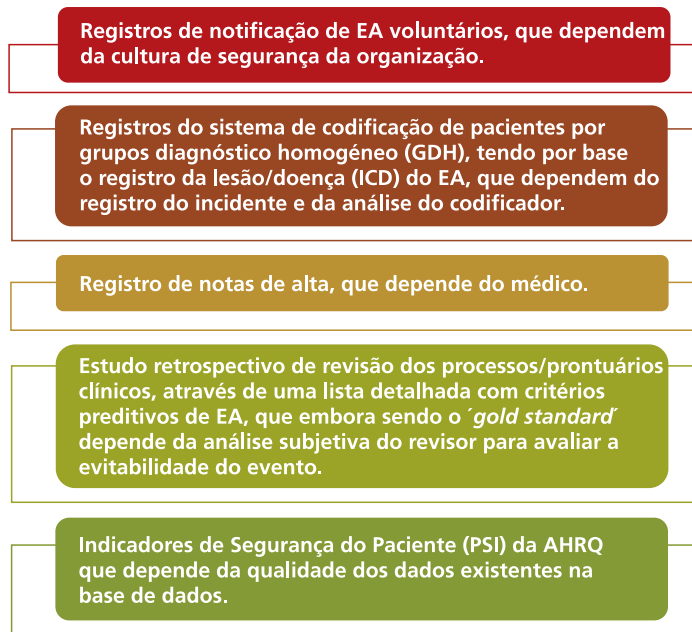
A dificuldade passa pela definição dos parâmetros de medição e por algumas questões económicas importantes na segurança do paciente, nomeadamente: Quais as questões de segurança ou que tipo de incidentes a considerar?

Algumas pistas para responder a essas questões poderão ser seguidas nas reflexões finais.

- * Que EAs aumentam o custo do atendimento ao paciente?
- * Que custos devem ser imputados ao EA?
- * Qual o investimento para reduzir o EA?

Qualidade dos dados e suas fontes

Existem algumas formas de contabilizar os EAs:



Todas as formas de contabilizar os EAs apresentam fragilidades, no entanto, apesar dos custos de realização, o estudo de revisão de processos clínicos/prontuários com base numa lista detalhada de critérios preditivos de EA é o que reúne maior consenso (Brennan et al. 1991, Thomas et al. 1999, Hoonhout et al. 2009). No entanto, os indicadores da AHRQ têm ganhado alguns adeptos por permitir mais facilmente a comparação entre os estudos, apesar de estar mais dependente dos registos de codificação dos eventos e limitado ao conjunto de 18 indicadores.

Medição da utilização de custos

Embora não existam métodos padronizados para estimar os custos (decorrentes de EAs), observa-se que a estimativa dos custos é realizada utilizando várias abordagens como:

- * Reclamações de pedidos de indemnização ou de descontos (muito utilizados nos EUA), sendo essa abordagem uma técnica muito imperfeita, porque está dependente do registo do pedido de indemnização.
- * Técnica de microcusteio ou protocolo de custeio, com acesso a custos-padrão por cada serviço ou pacotes de serviço aplicados ao paciente.
- * Método da faturação excedente (microcusteio) e dos custos médios GDH; embora mais fáceis de utilizar, são métodos cujos resultados tornam difícil a extrapolação.

Perspetiva adotada

Finalmente, a medição de custos em avaliação económica pode ser efetuada segundo diferentes perspetivas, sendo as duas seguintes as mais comuns em Portugal e no Brasil:



Perspetiva do "3º pagador"

São incluídos todos os custos suportados pelo 3º pagador. No caso de Portugal, trata-se essencialmente do Serviço Nacional de Saúde (SNS); no caso do Brasil, o mais comum é considerar o Sistema Único de Saúde (SUS), mas, se houver dados disponíveis, poderão ser considerados os custos suportados pelas seguradoras privadas. Da mesma forma, estudos americanos poderão considerar apenas os custos para o sistema Medicare e/ou Medicaid (seguro público), e se houver informação os custos suportados pelas seguradoras privadas. São incluídos os custos relacionados com todos os cuidados de saúde: consultas, exames, internamentos, hospital de dia ou medicamentos. Poderão ser incluídos outros custos não médicos desde que suportados pelo 3º pagador, tais como seguro de doença, transportes para o local dos cuidados ou lares de idosos. Importa salientar que nesta perspetiva são omitidos os custos financiados directamente pelo utente/usuário, ou seja, os pagamentos directos sob as suas diferentes formas.

Fonte: 401(K) (2011).



Perspetiva da sociedade

Aos custos suportados pelo 3º pagador, acrescentam-se todos os custos suportados pelo utente/usuário, a saber todos os pagamentos directos, seja no sector público ou no sector privado. Serão incluídas também todas as outras despesas não médicas, relacionadas com a doença, e não suportadas pelo 3º pagador, tais como subsídios de invalidez, e todas as despesas suportadas pelos acompanhantes do paciente, ou cuidadores informais. Finalmente, a perspetiva da sociedade inclui também, e sobretudo, os custos associados à perda de produtividade do utente/usuário, por faltas ao trabalho, invalidez ou morte prematura. Estes últimos custos são geralmente denominados "custos indirectos" e são particularmente relevantes quando a doença atinge populações jovens em idade de trabalhar. São geralmente estes custos indirectos que representam a maior diferença entre a perspetiva da sociedade e a perspetiva do 3º pagador.

Fonte: Fotoblog Rare de VLC (2004)

Quando se trata de avaliar o “custo da doença”, a perspectiva da sociedade deverá ser privilegiada, considerando os custos de um ponto de vista abrangente. Trata-se, de facto, de medir não apenas no curto prazo cuidados médicos, mas potenciais consequências para a economia e o desenvolvimento. No entanto, na prática, como verificado na secção anterior, os **custos indiretos** são raramente incluídos nos estudos sobre custos dos eventos adversos, por causa essencialmente das dificuldades e incertezas na sua medição.

Custos indiretos são aqueles em que é difícil, ou impossível, isolar a parte dos custos imputável a cada um dos produtos ou serviços produzidos. Para fazer a imputação dos custos indiretos a cada produto ou serviço, torna-se naturalmente necessário estabelecer um critério para essa imputação.

Considerações finais

A revisão da literatura demonstra que o efeito “bola de neve” dos eventos adversos tem importantes consequências económicas. Embora o valor (de custos) obtido num estudo publicado recentemente nos EUA (\$9,8 bilhões) seja muito inferior aos valores encontrados, por exemplo, para o impacto económico da diabetes (\$218 bilhões, (Dall et al. 2010)), das doenças cardiovasculares (\$273 bilhões, (Heidenreich et al. 2011)), da asma (\$56 bilhões, (Barnett et al. 2011)) ou da depressão (\$83 bilhões, (Greenberg et al. 2003)), os custos dos EAs representam uma percentagem significativa das despesas hospitalares. Num contexto de crise económica e de necessidade de contenção de custos, a importância económica dos EAs não pode ser negligenciada. O aumento dos prémios de seguro de saúde, provocado pela litigância médica, a medicina “defensiva” e a ausência de políticas e investimentos para reduzir a ocorrência de EAs são factores que determinam esse efeito. O desenvolvimento da indústria farmacêutica acelerou esses efeitos, estimando-se que por cada dólar gasto em medicamentos de ambulatório, um dólar é gasto para tratar os novos problemas de saúde causados pela medicação (Kumar, Steinebach 2008). Na perspectiva económica, essa informação permite, sobretudo, refletir a respeito de que outros cuidados, com benefícios para os pacientes, poderiam ser proporcionados se os EAs e seus custos fossem evitados.

A ocorrência de EA, com consequente lesão ou dano aos pacientes, é um problema mundial com impacto elevado nas despesas de saúde e a nível social. A solução para minimizar esse problema não é simples, nem única; a avaliação económica pode também contribuir para determinar quais alternativas para combater os EAs devem ser adotadas, por meio da comparação dos seus custos e benefícios. Várias estratégias foram identificadas na literatura para reduzir a incidência de eventos adversos, relacionadas com atitudes individuais, gestão ao nível das equipas ou mudanças organizacionais. A implementação dessas estratégias pode ser realizada por meio da formação dos profissionais, técnicas de avaliação

do desempenho, colaborações multiprofissionais, incentivos financeiros, intervenções dos pacientes, entre outros. Todas essas estratégias e modos de implementação são sujeitas a avaliações em termos da sua efetividade. A avaliação econômica acrescenta a dimensão dos custos e do “valor” agregado das medidas de prevenção. A aplicação da avaliação econômica às estratégias de intervenção é praticamente inexistente, apesar da sua importância. É nossa convicção que essa será uma das linhas de investigação mais promissoras, para os próximos anos, no estudo dos eventos adversos, em particular, e da segurança do paciente, em geral.

Referências

Barnett S, Beth L, Tursynbek A, Nurmagambetov. Costs of asthma in the United States: 2002-2007. *J Allergy Clin Immunol.* 2011; 127.1: 145-152.

Brennan T, Leape L, Laird N, Hebert L, Localio A, Lawthers A, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized. *N. Engl. J. Med.* 1991;324:370-6.

Brown P, McArthur C, New L, Lay-ye R, Davis P, Briant R. Cost of medical injury in New Zealand: a retrospective cohort study. *J. Health Serv. Res.* 2002 Jul;7:29-34.

Council of the European Union. Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. *Off. J. Eur. Union.* 2009:1-6.

Dall TM, Zhang Y, Chen YJ, Quick WW, Yang WG, Fogli J. The economic burden of diabetes. *Health Aff.* 2010, 29(2):297-303.

Fotoblog Rare de VLC. Ficheiro:Protests Madrid 2004 2.jpg. Wikipedia, 2004 [citado 2014 Jul 28]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Protests_Madrid_2004_2.jpg.

Goodman JC, Villarreal P, Jones B. The social cost of adverse medical events, and what we can do about it. *Health Aff. (Millwood).* 2011 Apr [citado 2014 Jul 28];30(4):590-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21471477>

Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SA, Berglund PA, et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry.* 2003; 64(12):1465-75.

Hassan M, Tuckman HP, Patrick RH, Kountz DS, Kohn JL. Cost of hospital-acquired infection. *Hosp. Top.* 2010 [citado 2013 Aug 26];88(3):82-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20805070>.

Healey BJ, College K, McGowan M. The enormous cost of medical errors. *Acad. Health Care Manag. J.* 2010;6(1):17-25.

Heidenreich PA, et al. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States a policy statement from the American heart association. *Circ.* 2011; 123.8: 933-44.

Holdeman (CDC). Ficheiro:Clostridium difficile 01.png. Wikipedia, 1965 [citado 2014 July 2007]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Clostridium_difficile_01.png.

Hoonhout L, Bruijne M, Wagner C, Zegers M, Waaijman R, Spreeuwenberg P, et al. Direct medical costs of adverse events in Dutch hospitals. *BMC Health Serv. Res.* 2009 Jan [citado 2013 Aug 26];9:27. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2645386&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Jackson T. One dollar in seven: scoping the economics of patient safety: a literature review prepared for the Canadian Patient Safety Institute. Edmonton (AB): Canadian Patient Safety Institute; 2009 Sep.

Kumar S, Steinebach M. Eliminating US hospital medical errors. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 2008;22(5):444-71.

Lamarsalle L, Hunt B, Schauf M, Szwarcensztein K, Valentine WJ. Evaluating the clinical and economic burden of healthcare-associated infections during hospitalization for surgery in France. *Epidemiol. Infect.* 2013 Dec [citado 2013 Dec 4];141(12):2473-82. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3821401&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Leape L, Brennan T, Laird N, Lawthers A, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N. Engl. J. Med.* 1991;324(6):377-84.

Levinson D. Adverse events in hospital: national incidence medicare beneficiaries. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General, 2010. 75 p.

National Priorities Partnership. Preventing medication errors: a \$21 billion opportunity. Compact action brief: a roadmap for increasing value in health care. Washington, DC: National Quality Forum; 2010 Dec.

Nestrigue C, Or Z. Excess costs of adverse events in hospitals in France. *Inst. Rech. Doc. en Économie la Santé.* 2011 Dec;171:7.

401(k). Health. Flickr, 2013 [citado 2014 Jul 28]. Disponível em: <https://www.flickr.com/photos/68751915@N05/6629088361/>

Scott D. The direct medical costs of healthcare-associated infections in U.S. hospitals and the benefits of prevention. *CDC.* 2009 Mar:13. Disponível em: http://www.cdc.gov/HAI/burden.html_07Dezembro2013

Shreve J, Bos J, Gray T, Halford M, Rustagi K, Ziemkiewicz E. The economic measurement of medical errors. New York: Society of Actuaries' Health Section; 2010 Jun. p. 1-264.

Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM. Best care at lower cost the path to continuously learning health care in America. Washington, DC: National Academies Press; 2012.

Sousa, P; Uva. A; Serraheira, F; Nunes, C; Leite, E. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. BMC Health Services Research 2014 14:311.doi:10.1186/1472-6963-14-311.

Thomas E, Studdert D, Newhouse J, Zbar B, Howard K, Williams E, et al. Costs of medical injuries in Utah and Colorado. Inquiry. 1999 Jan;36(3):255-64. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10570659>.

Travassos C, Porto S, Martins M, Mendes W. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. Rev Port Saúde Pública. 2010;Vol. Temático(10):74-80.

Van Den Bos J, Rustagi K, Gray T, Halford M, Ziemkiewicz E, Shreve J. The \$17.1 billion problem: the annual cost of measurable medical errors. Health Aff. 2011 Apr;30(4):596-603. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21471478>.

Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, Franz C, Song P, Yamin C, et al. Health care-associated infections: a meta-analysis of costs and financial impact on the US Health Care System. JAMA Intern. Med. 2013 Sep 2 [citado 2013 Nov 27];02120:1-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23999949>

3. Acreditação e segurança do paciente

José Carvalho de Noronha, Heleno Costa Junior e Paulo Sousa

Pretende-se que este capítulo apresente aspectos relevantes do processo de acreditação, tendo em vista a importância do processo de acreditação para a melhoria da segurança do paciente. Este capítulo explora:

- * As origens e desenvolvimento dos processos denominados acreditação de serviços de saúde.
- * As diferenças entre a acreditação, credenciamento e licenciamento de serviços de saúde.
- * Os conceitos básicos de acreditação e os traços essenciais de sua metodologia.
- * A relevância dos processos de acreditação para a segurança dos pacientes.
- * Um sumário com as características específicas dos principais métodos de acreditação em uso no Brasil e em Portugal.
- * Os benefícios da acreditação.

Origens

O termo **acreditação**, na língua portuguesa, é de entrada recente no campo da saúde. Dicionários brasileiros não registravam sequer o termo até anos recentes.

O Dicionário Caldas Aulete (Geiger 2012) admite um significado que corresponde a seu emprego no campo da saúde: **“Ação ou resultado de acreditar, de atestar oficialmente a boa qualidade de algo, a compe-**

tência técnica, a conformidade com um conjunto de requisitos previamente estabelecidos: certificado de acreditação.”

Uma especificação dessa definição corresponde ao emprego do termo atualmente em uso corrente nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde e será detalhada mais adiante.

As origens da acreditação em saúde, tal como a entendemos hoje, pode ser traçada às decisões do Congresso Clínico de Cirurgiões de Nova Iorque em 1912. Ali foi decidida a criação do Colégio Americano de Cirurgiões, que ocorreu no ano seguinte, e aprovada uma resolução requerendo que “fosse desenvolvido algum sistema de padronização dos equipamentos hospitalares e do trabalho hospitalar” (Consórcio Brasileiro de Acreditação 1997). Foi instituído o Comitê de Padronização Hospitalar, e Ernest Codman, um cirurgião de Boston, chamado para presidi-lo.

Codman, logo no início de sua carreira de cirurgião, formulou a “Ideia do Resultado Final”, propondo que os pacientes cirúrgicos fossem acompanhados de perto após o tratamento para verificar os resultados. De certa forma, essa iniciativa era semelhante àquela proposta por Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, durante a guerra da Crimeia. Ela pedira que médicos e hospitais reportassem os resultados cirúrgicos de maneira padronizada. Para cada paciente que tratava, Codman elaborava um “cartão de resultado final”, o qual continha a história atual, o diagnóstico inicial, o tratamento dado, a ocorrência de complicações, o diagnóstico de alta e o resultado um ano depois. Ele desenvolveu um método de classificação de erros e eventos adversos e publicou seus resultados no relatório do hospital em que trabalhava relatando e documentando abertamente erros e mortes. Em 1918, publicou esses resultados em um livro intitulado *Um estudo sobre a eficiência hospitalar, como demonstrado pelos relatos de casos dos primeiros cinco anos de um hospital privado* (Brawer 2001).

Embora a proposta de Codman de que os hospitais adotassem a “ideia do resultado final” não tenha tido sucesso, a proposta de padronização dos hospitais avançou, e o Colégio Americano de Cirurgiões aprovou o chamado *Minimum Standard* em 1917, que continha requisitos dispostos em cinco itens (Figura 1).

Figura 1 – *Minimum Standard*

Requisitos mínimos do <i>Minimum Standard</i>	Presença de corpo clínico organizado.
	Clínicos e cirurgiões devidamente licenciados, competentes e éticos.
	Adoção de regras, regulamentos e políticas pelo corpo clínico, em conjunto com o corpo dirigente, para organizar o trabalho profissional da instituição.
	Prontuários médicos/processos clínicos precisos, acessíveis e completos.
	Disponibilidade de instalações diagnósticas e terapêuticas adequadamente supervisionadas.



Fonte: American College of Surgeons (2006).

A primeira aplicação do padrão mínimo revelou que somente 89 hospitais, entre 692 avaliados, atenderam aos requerimentos. Diante desses resultados, temendo a repercussão na mídia/media, os relatórios dos hospitais foram queimados na lareira do hotel em que se realizava a reunião da Diretoria do Colégio. Mas a iniciativa acabou por prosperar e, em 1926, o Colégio publicou o primeiro *Manual de Padronização de Hospitais*. Posteriormente, em 1951, nos Estados Unidos, a partir da associação

do Colégio Americano de Cirurgiões, da Associação Médica Americana, do Colégio Americano de Clínicos, da Associação Americana de Hospitais e da Associação Médica Canadense/Canadiana, foi criada a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) (Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais). Em 1952, o Colégio Americano de Cirurgiões, oficialmente, transferiu seu Programa de Padronização de Hospitais para a JCAH, que, com base em tal programa, em 1953, publicou seu primeiro manual para acreditação de hospitais. A Associação Médica Canadense/Canadiana se retirou dessa associação em 1959 e fundou um sistema nacional de acreditação no Canadá, atualmente chamado *Accreditation Canada* (Acreditação Canadá).

Para praticar

O item 3 do *Minimum Standard* prescreve literalmente:

“O corpo clínico do hospital...adota regras, regulamentos e políticas... [que] prevejam:

- a) Que reuniões do corpo clínico sejam realizadas pelo menos uma vez por mês. (Nos hospitais grandes os departamentos podem preferir se reunirem separadamente);
- b) Que o corpo clínico reveja e analise, em intervalos regulares, sua experiência clínica nos vários departamentos do hospital, como medicina, cirurgia, obstetrícia e outras especialidades; os prontuários/processos clínicos dos pacientes, gratuitos ou pagantes, devem ser a base dessa revisão e análise” (ACS 2006).

Verifique se a sua organização cumpriria com esses dois requisitos do *Minimum Standard*.

Discuta sua relevância para a segurança dos pacientes da sua organização.

A partir de 1966, outros tipos de organizações de saúde, além de hospitais, como cuidados prolongados, cuidados domiciliares, laboratórios clínicos, serviços ambulatoriais, saúde mental, passaram a ter manuais de acreditação. Em 1987, a JCHA alterou seu nome para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) – como hoje é conhecida (Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde) –, evidenciando assim o aumento e ampliação do escopo e alcance dos serviços cobertos por seus programas.

Em 1998, a JCAHO, por meio de uma subsidiária, a *Joint Commission Resources* (JCR), criou a *Joint Commission International* (JCI) (Comissão

Conjunta Internacional). A JCI veio atender a uma demanda por modelos e programas de acreditação em diferentes países no mundo. A experiência adquirida pela JCAHO desde a sua criação em 1951 possibilitou a difusão da metodologia utilizada nos Estados Unidos, que foi apropriadamente adaptada para ser aplicada em países ao redor do mundo. A JCI passou a desenvolver processos de consultoria e de acreditação em todas as regiões do planeta, seja de forma direta nas instituições de saúde, ou por meio de parceria e associações com entidades governamentais, públicas e de caráter privado.

No Brasil, a JCI estabeleceu um acordo de Acreditação Internacional Conjunta com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), também criado em 1998. Por meio do acordo, o CBA passou a conduzir avaliações conjuntas de acreditação, ou seja, com a participação de avaliadores internacionais, os quais são capacitados diretamente pela JCI, assim como dos avaliadores selecionados pelo CBA, por meio de programas de treinamento periódicos elaborados pela JCI e CBA. As avaliações abrangem acreditação e reacreditação de organizações de saúde, assim como, mais recentemente, a certificação de programas de cuidados clínicos, de acordo com procedimentos estabelecidos pela JCI.

A expansão dessa metodologia para fora dos Estados Unidos ampliou as fronteiras e os modelos e métodos de aplicação da acreditação. Diferentes países como Austrália, África do Sul, Nova Zelândia, França e Reino Unido adotaram modelos nacionais por meio de entidades, em geral, de caráter privado, que se constituíram para desenvolver e aplicar os próprios manuais e padrões de acreditação. A França, de forma diferenciada, adotou um modelo público, nacional, em que a acreditação se aplica aos profissionais de saúde, em especial médicos, e a certificação para as instituições de saúde, que devem, obrigatoriamente, se submeter ao programa. Na atualidade, outros países, em especial os do Leste Europeu e Ásia, têm avançado de forma expressiva na implantação de programas nacionais de acreditação, entre outros, China, Índia, Japão e Tailândia. A implantação dos programas nos diferentes países do mundo tem se inspirado em distintos modelos de acreditação, como os da JCI, da Acreditação Canadá e da CHKS (Reino Unido), dos quais as experiências mais antigas e consistentes têm sido inspiradoras para esses países.

A disseminação desses programas foi bastante incentivada pela *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), sociedade científica fundada em 1984 com o objetivo de promover a qualidade dos cuidados de saúde por todo o mundo. A ISQua, em 1999, lançou um programa de lideranças para acreditação que, posteriormente, se transformou no programa internacional de acreditação de processos de avaliação externa.

Conceitos

A acreditação, ao longo de sua evolução foi, por vezes, entendida ou utilizada de forma equivocada para substituir sistemas de licenciamento ou certificação, ou, ainda, de regulação de sistemas ou instituições de saúde. Rooney e Van Ostenberg (1999) apresentaram um estudo com as definições e aplicações dos processos de licenciamento, acreditação e certificação. Os autores buscavam também estabelecer as principais diferenças entre os processos. O foco de estudo dos autores foi baseado no uso dos processos com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Eles abordam que uma das primeiras etapas na seleção de um sistema de avaliação é o conjunto de necessidades que se pretende tratar, para que seja o mais efetivo possível.

A acreditação é um processo no qual uma entidade, separada e distinta da organização de saúde, geralmente não governamental, avalia a organização de saúde para determinar se ela atende a um conjunto de requisitos (padrões) projetados para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados (forma de avaliação externa).

A acreditação é geralmente voluntária. Os padrões de acreditação são estabelecidos em um nível ótimo e alcançável. A acreditação evidencia um compromisso da organização para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao paciente, garantir um ambiente de cuidados seguro, e continuamente trabalhar a fim de reduzir os riscos para os pacientes e funcionários. A acreditação é considerada uma ferramenta para a avaliação da qualidade e para a gestão e, em especial, melhora da segurança do paciente.

Com a expansão do uso do termo acreditação como uma metodologia avaliativa específica para a qualidade de organizações de cuidados de saúde, torna-se necessário explicitar os conceitos de termos correlacionados que também são empregados no setor.

O mais frequente é o licenciamento, que corresponde ao atendimento de requisitos formalmente exigidos pelo poder público por meio de leis, normas ou regulamentos infralegais. São exemplos os requisitos para a abertura e funcionamento de organizações de saúde, os códigos de posturas urbanas, os requerimentos de segurança contra incêndios, uso de material radiativo etc. Esses requisitos são estabelecidos como mínimos obrigatórios, sem os quais bens e serviços não podem ser empregados ou prestados. O licenciamento é, em geral, realizado por meio de inspeções ou visitas de fiscalização. O objetivo é, primariamente, verificar se requisi-

tos ou requerimentos são ou não atendidos, conforme aplicável para cada perfil ou tipo de serviço que é inspecionado ou fiscalizado.

Outro termo é **certificação**, em que um organismo autorizado, seja uma organização governamental ou não governamental, avalia e reconhece um indivíduo ou uma organização como capaz de atender a requisitos ou critérios predeterminados. Embora os termos acreditação e certificação sejam, muitas vezes, usados como sinônimos, o primeiro, geralmente, aplica-se apenas a organizações, enquanto a certificação pode aplicar-se tanto a indivíduos como a organizações.

Quando aplicado a profissionais, a certificação normalmente implica ter o indivíduo recebido educação adicional e formação e competência demonstrada em uma área de especialidade, além dos requisitos mínimos estabelecidos para o licenciamento. Exemplo de um processo de certificação é o de um médico que recebe a certificação por um conselho de especialidade profissional na prática da obstetrícia. Quando aplicado a uma organização ou parte dela, como o laboratório, a certificação, normalmente, significa que a organização tem serviços, tecnologia ou capacidades adicionais além daqueles encontrados em organizações similares.

Outro termo empregado com frequência é o **credenciamento**, quando uma organização estabelece requisitos para a prestação de serviços específicos por pessoas ou outras organizações. Por exemplo, o credenciamento de médicos ou hospitais por planos de saúde, ou de organizações de saúde para efetuar transplantes de órgão pela autoridade sanitária, para que médicos realizem determinados procedimentos em um hospital.

Donahue e O'Leary (1997) abordam a questão da seleção de sistemas de acreditação, quando citam:

Não existe um único modo ótimo de avaliação na área da saúde, mas um número cada vez maior de países está vendo no modelo da acreditação a ferramenta de mudanças mais eficiente para eles. Entretanto, existem múltiplas variações quanto ao modelo apropriado de acreditação a ser construído para um determinado país. Dentre as variáveis-chave, incluem-se as estruturas e valores sociais e outras realidades culturais, políticas, econômicas e base em uma análise das suas próprias características, um país que desenvolve um sistema de acreditação pode se valer de componentes de outros sistemas e aperfeiçoá-los para que reflitam as suas prioridades.

Com a evolução e oportunidades de estudos relacionados com os programas e metodologias de acreditação, uma significativa mudança implementada foi a caracterização dos padrões como de excelência ou ótimo

desempenho, em lugar de padrões mínimos. Com a adoção dessa nova característica, os padrões de acreditação passaram a ser uma referência ou expectativa a ser alcançada pelas instituições de saúde, estabelecendo assim um novo patamar de exigência para o atendimento ao conjunto de requisitos ou requerimentos determinados pelos padrões em relação à qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Essa também é uma das diferenças que podem ser identificadas, quando comparadas a acreditação, o licenciamento e a certificação.

Metodologia da acreditação

Padrão, no campo da acreditação, é uma declaração que define as expectativas de desempenho, estruturas e processos que devem estar implementados para que uma organização forneça cuidados, tratamentos e serviços de elevada qualidade.

Como definido anteriormente, a acreditação requer a explicitação dos **padrões** pelos quais a organização será avaliada e um processo de avaliação.

Os padrões são apresentados em manuais e agrupados em capítulos seja de acordo com a estrutura das organizações de saúde, como laboratórios, internação/internamento, centro cirúrgico, ou com suas funções, como cuidado aos pacientes, governo e liderança, melhoria da qualidade. A Organização Nacional de Acreditação do Brasil (ONA) estrutura seus padrões mesclando estruturas e processos conforme pode ser visto no Quadro 1.

Quadro 1 – Estrutura do Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – versão 2014 da Organização Nacional de Acreditação do Brasil (ONA)

Seção 1 Gestão e liderança	Seção 2 Atenção ao paciente	Seção 3 Diagnóstico e terapêutica	Seção 4 Apoio técnico
<ul style="list-style-type: none"> • Liderança • Gestão de pessoas • Gestão administrativa • Gestão de suprimentos • Gestão de segurança patrimonial • Gestão de estrutura físico-funcional 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de acesso • Internação/internamento • Atendimento ambulatorial • Atendimento de emergência • Atendimento cirúrgico • Atendimento obstétrico • Atendimento neonatal • Tratamento intensivo • Mobilização de doadores/dadores • Triagem de doares e coleta/recolha • Assistência hemoterápica • Terapia dialítica • Terapia antineoplásica • Assistência farmacêutica • Assistência nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> • Processos pré-analíticos • Processos analíticos • Processos pós-analíticos • Métodos diagnósticos e terapêuticos • Diagnóstico por imagem • Medicina nuclear • Radioterapia • Radiologia intervencionista • Métodos endoscópicos e videoscópicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de informação do paciente • Gestão de equipamentos de tecnologia médico-hospitalar • Prevenção, controle de infecções e eventos sentinela • Processamento e liberação

Fonte: Elaborado a partir do Manual Brasileiro de Acreditação (ONA 2013).

Já no caso da JCI (Quadro 2), os padrões para hospitais estão organizados por funções e distribuídos em duas seções que reúnem os padrões:

- a) com foco no paciente; e
- b) de administração de instituições de saúde.

Quadro 2 – Estrutura do Manual de Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para hospitais

Seção I – Padrões com foco no paciente
Metas internacionais de segurança do paciente
Acesso e continuidade do cuidado
Direitos dos pacientes e seus familiares
Avaliação dos pacientes
Cuidados aos pacientes
Anestesia e cirurgia
Gerenciamento/gestão e uso de medicamentos
Educação dos pacientes e familiares
Seção II – Padrões de administração de instituições de saúde
Melhoria da qualidade e segurança do paciente
Prevenção e controle de infecções
Governo, liderança e direção
Gerenciamento/gestão e segurança das instalações
Educação e qualificação dos profissionais
Gerenciamento/gestão da comunicação e informação

Fonte: Joint Commission International (2010).

As funções se aplicam a toda a organização, chamada de instituição no manual, bem como a cada departamento, ou serviço existente no interior da organização. O enunciado de cada padrão é seguido de um esclarecimento de seu propósito, descrito com a finalidade de explicitar o sentido daquele requisito, e, também, da descrição do conjunto de elementos de mensuração que comporão a pontuação do grau de conformidade com aquele padrão.

A título de ilustração, no destaque a seguir, é apresentado um dos padrões do Manual da JCI (2010) de forte impacto na segurança dos

pacientes, do Capítulo Gerenciamento/Gestão e Segurança das Instalações (FMS) e subcapítulo Sistemas Utilitários, com seus componentes.

Padrão FMS.8

A instituição planeja um programa para inspecionar, testar e manter equipamentos médicos e documentar os resultados.

Propósito do FMS.8

Para assegurar que os equipamentos estejam disponíveis e funcionando adequadamente, a instituição:

- faz o inventário dos equipamentos médicos;
- inspeciona regularmente os equipamentos médicos;
- testa os equipamentos médicos conforme apropriado ao seu uso e suas necessidades; e
- realiza manutenção preventiva.

Indivíduos qualificados prestam esses serviços. Os equipamentos são inspecionados e testados quando novos e depois regularmente, de acordo com a idade e o uso do equipamento ou de acordo com as instruções do fabricante. As inspeções, resultados dos testes e quaisquer manutenções são documentados. Isso ajuda a garantir a continuidade do processo de manutenção e o planejamento/planeamento dos recursos financeiros para fazer as substituições, reformas e outras mudanças.

Elementos de mensuração do FMS.8

1. Os equipamentos médicos são gerenciados em toda a instituição de acordo com um plano.
2. Existe um inventário de todos os equipamentos médicos.
3. Os equipamentos médicos são inspecionados regularmente.
4. Os equipamentos médicos são testados quando novos e, depois, de acordo com a idade e uso do equipamento.
5. Existe um programa de manutenção preventiva.
6. Indivíduos qualificados prestam esses serviços.

Foto 1 – Paciente na Unidade de Cuidados Intensivos ilustrando a quantidade de equipamentos em uso, por um único paciente, que requerem conformidade com o padrão FMS.8



Fonte: Shane T. McCoy (2003).

Para praticar

Escolha cinco equipamentos de usos distintos em uma unidade de sua organização e verifique se eles estariam conformes ao padrão FMS.8.

Você pode encontrá-los no plano de manutenção preventiva (há algum?) da organização?

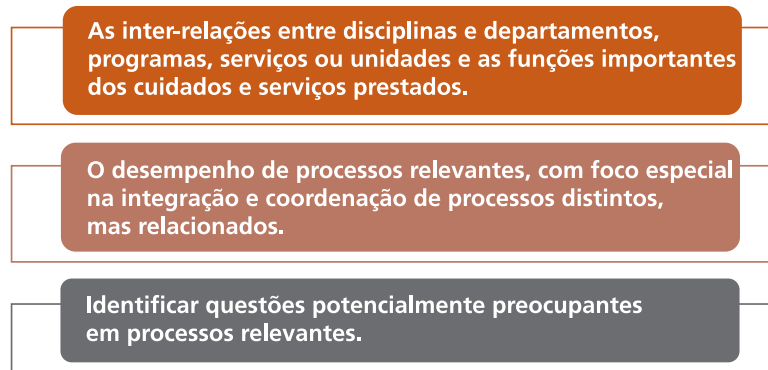
A não conformidade de algum deles coloca em risco grave o atendimento aos pacientes?

Processo de avaliação

O processo de avaliação da conformidade da organização com os padrões de acreditação é feito pela análise de documentos e visitas às unidades assistenciais para coleta/recolha das evidências. Uma equipe de avaliadores é, habitualmente, composta de um médico, um enfermeiro e um administrador especializado em saúde, devidamente treinados para o processo avaliativo. A duração da visita varia de acordo com o tamanho e complexidade da organização. Normalmente, para um hospital, a visita pode variar entre três e cinco dias.

Como regra geral, a conformidade deve estar sempre presente em qualquer local da organização. Portanto, a não conformidade em qualquer sítio implica, no mínimo, em conformidade parcial. Isso faz com que a coleta/recolha de evidências não seja exaustiva, a pontuação dos diversos elementos de mensuração se dê por descontos e o resultado final pela pontuação recebida em relação ao máximo possível de ser obtido.

A JCI, desde alguns anos, emprega a metodologia de rastreamento. A atividade de rastreamento de um paciente individual visa rastrear as experiências de cuidado vividas por um paciente durante sua estadia no hospital. A metodologia de rastreador (tracer) é utilizada para analisar o sistema do hospital para prestar cuidado, tratamento e serviços usando pacientes reais. Com esse método, os avaliadores percorrem o trajeto do cuidado, tratamento ou serviço prestado ao paciente pelo hospital, que lhes permite avaliar:



O(s) avaliador(es) seleciona(m) pacientes de uma lista de pacientes “ativos” para rastrear suas experiências em todo o hospital. Os pacientes tipicamente selecionados são aqueles que receberam serviços múltiplos ou complexos e, portanto, tiveram mais contato com várias partes do hospital.

São também empregados rastreadores de sistema direcionados a um sistema ou processo específico do hospital, que se concentra nas vivências de pacientes específicos em atividades relevantes para eles. Difere dos rastreadores individuais, em que um paciente, durante todo o curso de seu tratamento, é avaliada em todos os aspectos do cuidado, em vez de avaliar o sistema de cuidado. Exemplos de sistemas nos quais são empregados são sistemas de gerenciamento/gestão de medicamentos, controle de infecções e o gerenciamento/gestão das informações.

Segurança e acreditação

A dimensão segurança do paciente ocupa lugar de destaque na definição dos critérios e requerimentos que constam dos padrões de acreditação de carácter internacional. A seguir, apresentaremos a estrutura de capítulos e padrões adotados e aplicados pela metodologia da JCI. Duas seções de seu manual dão destaque ao tema da segurança do paciente. A primeira relaciona as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente. A adoção das metas como parte do manual JCI tem relação direta com o trabalho desenvolvido em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS). A JCI apoia os estudos e trabalhos desenvolvidos como parte das ações do Centro Colaborador da OMS para Segurança do Paciente (WHO). O conteúdo das metas aborda processos considerados prioridades de atenção e monitoramento, para garantir que o cuidado prestado ao paciente seja desenvolvido de forma segura. As seis metas incluem requerimentos para:

- * identificar os pacientes corretamente;
- * melhorar a comunicação efetiva;
- * melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância;
- * assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto;
- * reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; e
- * reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas.

Fotos 2, 3, 4 e 5 – Semelhança das apresentações de soluções parenterais de pequeno volume, ilustrando a importância da conformidade com padrões de gerenciamento/gestão e uso de medicamentos, da seleção, aquisição e armazenamento até o preparo e administração



Fotos: Elaboradas pelos autores.

A segunda seção, intitulada Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente, aborda requerimentos que definem a exigência e elaboração de um programa global de melhoria da qualidade e segurança institucional. O programa deve prever a definição e aplicação de conceitos específicos de segurança, incluídos a gestão de risco e princípios e procedimentos para análise e monitoramento de eventos sentinela e eventos adversos. Os requerimentos incluem a elaboração de um programa de gerenciamento/gestão de risco, que deve conter elementos que garantam a efetividade dos processos de identificação, priorização, monitoramento e ação dos riscos associados com os cuidados e tratamentos prestados e oferecidos aos pacientes.

Essa seção requer ainda que os líderes da organização identifiquem medidas-chave para serem utilizadas no plano institucional global de melhoria da qualidade e segurança dos pacientes e especifica que cada Meta Internacional de Segurança deve ter medidas-chave identificadas, apuradas e acompanhadas.

Para praticar

Verifique, em sua organização, para qual(is) meta(s) internacional(is) de segurança do paciente estão definidos, apurados e analisados indicadores.

O programa de acreditação usado pela *Accreditation Canada*, também aplicado em âmbito internacional, utiliza padrões que abordam sistemas gerais de instituições de saúde como governança, prevenção e controle de infecção, liderança e gerenciamento/gestão de medicamentos. Nos padrões relacionados com os sistemas de liderança, esses abrangem a criação e sustentabilidade de cultura de cuidado, o planejamento/planejamento e desenho de serviços, a alocação de recursos e a construção de infraestrutura e contempla, também, o monitoramento e a melhoria da qualidade e segurança (Accreditation Canada 2013).

Costa e Costa (2013) destacam que as principais vantagens da acreditação incluem a segurança dos pacientes e profissionais e a qualidade do cuidado, possibilitando assim uma concepção do conceito de equipes e de melhoria contínua. As mesmas autoras citam, ainda, o fato de que a acreditação pode ser utilizada como um instrumento que organiza as ações de gerenciamento/gestão a partir de objetivos concretos, expressos pelos padrões estabelecidos nos manuais.

Accreditação no Brasil

A ISQua desenvolve um programa de acreditação de acreditadores utilizando um conjunto de padrões e critérios aplicáveis:

- * às organizações acreditadoras;
- * aos padrões por elas empregados; e
- * ao treinamento de avaliadores (ISQua).



As instituições acreditadas e os respectivos programas podem ser identificados no site da ISQua (<http://www.isqua.org/>).

A diversidade e a quantidade de instituições já acreditadas listadas no site da ISQua denotam a crescente expansão da metodologia de acreditação em todo o mundo. No Brasil, na atualidade, podem ser identificadas diferentes metodologias, as quais são apresentadas no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Metodologias de acreditação aplicadas no Brasil

Instituição	Abrangência	Níveis de acreditação	Prazo de validade dos selos de acreditação	Aplicação
Organização Nacional de Acreditação (ONA)	Nacional	1. Segurança 2. Gestão Integrada 3. Excelência em Gestão	Níveis 1 e 2 – dois anos Nível 3 – três anos	Por meio de instituições credenciadas como acreditadoras
<i>Joint Commission International (JCI)</i>	Internacional	Accreditado (sem níveis)	Três anos	Por meio de acordo com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)
<i>Accreditation Canada</i>	Internacional	Accreditado (sem níveis)	Três anos	Por meio de sociedade com o Instituto Qualisa de Gestão (IQG)
<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)</i>	Internacional	Accreditado (sem níveis)	Três anos	Por meio da empresa <i>Det Norske Veritas (DNV)</i>

Fonte: Elaborado pelo autor Costa Junior.

Síntese da acreditação de organizações de saúde em Portugal

Em Portugal, o “movimento” de acreditação teve início em 1999, aquando da assinatura do protocolo entre o Ministério da Saúde (por intermédio do Instituto da Qualidade em Saúde) e o *King’s Fund Health Quality Service* (KFHQS, atualmente conhecido como CHKS). O referido protocolo, para desenvolvimento do processo de acreditação dos hospitais portugueses, teve duração de cinco anos. Em 2004, já com alguns hospitais públicos portugueses com o modelo jurídico de tipo S.A. (sociedade anónima),

a então Unidade Gestora dos Hospitais S.A. (unidade de missão para os hospitais S.A.) assinou um protocolo com a *Joint Commission International* para a introdução do modelo de acreditação da JCI em alguns desses hospitais. A adesão a modelos de acreditação sempre ocorreu de forma voluntária. Mais recentemente, em 2009, o Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento da Qualidade na Saúde, assinou protocolo com a Agência de Qualidade em Saúde de Andaluzia para a adoção do seu modelo de acreditação.

Em resumo, Portugal tem um sistema de saúde assente no Serviço Nacional de Saúde (público, universal e tendencialmente gratuito), em que coexistem três modelos de acreditação que têm em comum o facto:

- * de serem de adesão voluntária;
- * de assentarem em padrões de qualidade explícitos e em indicadores que permitem monitorizar a atividade;
- * que visam pôr as instituições de saúde a “pensar” Qualidade; e
- * que, nos últimos anos, incluíram padrões para a área da segurança do paciente (nomeadamente, relacionados com a medicação, infeção hospitalar; cirurgias, quedas etc.).

Atualmente, assistimos a um número significativo de hospitais privados (principalmente os que pertencem a grandes grupos de saúde) e de hospitais públicos com gestão privada a optar por aderir a modelos de acreditação, e a preferência tem recaído pelo modelo internacionalmente mais reconhecido, o da JCI.

O Conselho de Acreditação da ISQua, em 2013, fez uma resenha dos principais estudos sobre o valor e impacte da acreditação, dos quais destacamos alguns:

- * Fornecer uma estrutura para ajudar a criar e implementar sistemas e processos que melhoram a eficácia e promover o avanço de resultados de saúde operacionais positivos.
- * Reforçar a eficácia da equipa interdisciplinar.
- * Demonstrar credibilidade e compromisso com a qualidade e a responsabilização.
- * Reduzir o risco de eventos adversos.
- * Permitir autoanálise continuada do desempenho em relação aos padrões.
- * Garantir um nível aceitável de qualidade entre os prestadores de cuidados de saúde.

- * Melhorar a reputação da organização entre os usuários/utentes finais e aumentar sua consciência e percepção da qualidade dos cuidados, bem como seu nível de satisfação geral.
- * Diminuir as variações na prática entre os prestadores de cuidados de saúde e tomadores de decisões.
- * Estimular esforços de melhoria da qualidade sustentável e, continuamente, elevar o limiar no que diz respeito a iniciativas, políticas e processos de melhoria da qualidade.
- * Promover uma cultura de qualidade e de segurança.

Para refletir

Ao examinar a organização em que você trabalha, qual(is) dos benefícios listados anteriormente seria(m) considerado(s) mais relevante(s)? Justifique.

Considerações finais

Hoje em dia, as metodologias de acreditação se mostram mais presentes e cada vez mais utilizadas, o que pode ser comprovado pelo número crescente de organizações de saúde acreditadas em todo o mundo. Há, portanto, uma clara percepção de que as organizações que buscam os selos ou certificados enxergam benefícios e impactos na melhoria de seus serviços. Seja por fomento da própria melhoria da qualidade e segurança, seja pela perspectiva de marketing empresarial ou, ainda, de ganhos financeiros, a acreditação se coloca como importante ferramenta para construir o caminho da melhoria contínua.

Referências

Accreditation Canada. Leadership. British Columbia: AC; [2013 citado 2013 Dez 8]. Disponível em: <http://www.accreditation.ca/accreditation-programs/qmentum/standards/leadership/>.

American College of Surgeons. The 1919 “Minimum Standard” document. Chicago: ACS; 2006 [citado 2014 Feb 10]. Disponível em: <http://www.facs.org/archives/minimumhighlight.html>.

Brawer C. Champions of quality in health care: a history of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Lyme (CT): Greenwich; 2001.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Histórico: a história da acreditação. Rio de Janeiro: CBA; [1997 citado 2014 Mai 14]. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/site/historico/>.

Costa Jr H. Avaliação do instrumento do programa nacional de avaliação de serviços de saúde (PNASS). Rio de Janeiro: Fundação Cesgranrio; 2013.

Costa V, Costa A. Acreditação hospitalar: uma ferramenta para incrementar a segurança do paciente? In: Fonseca A. Segurança do paciente. São Paulo: Marinari; 2013.

Donahue K, O'Leary D. Evolving health care organization accreditation systems. In: I. H. Federation. Hospitals and healthcare: past, present and future. London: International Hospital Federation; 1997. p. 128-32.

Geiger P, coordenador. Dicionário escolar da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Lexikon; 2012.

International Society for Quality in Health Care. Accreditation. Dublin: ISQua; 2012 [citado 2013 Dez 8]. Disponível em: <http://www.isqua.org/accreditation/accreditation>.

International Society for Quality in Health Care. ISQUA's International Accreditation Programme Awards. Dublin: ISQua; 2012 [citado 2013 Dez 8]. Disponível em: <http://www.isqua.org/accreditation/iap-awards>

Joint Commission International. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação; 2010.

Mitchell Ji, Nicklin W, MacDonald B. The determinants of quality healthcare: implications for Canadian health leaders. Healthc Manage Forum. 2012;25(3):138-41.

Nicklin W, MacDonald B, Mitchell J. The power of accreditation data to inform system improvements in quality and safety. ISQua Conference, Edinburgh, 2013 Oct 16 [citado 2014 Ago 11]. Disponível em: <http://www.isqua.org/docs/edinburgh-powerpoint-presentations-2013/1330-c17--w-nicklin-fintry-wed-the-power-of-accreditation-data-to-inform-system-improvement.pdf?sfvrsn=2>

Organização Nacional de Acreditação (ONA). Manual Brasileiro de Acreditação Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Versão 2014. São Paulo: ONA; 2014 [citado 2014 Maio 14]. Disponível em: <https://www.ona.org.br/Produto/74/>.

Rooney A, Van Ostenberg P. Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality. Washington: USAID; 1999.

McCoy ST. File:US Navy 030423-N-6967M-060 Lt. j.g. John Gore checks on a patient who is recovering from a stomach wound.jpg. Wikimedia Commons, 2003 [citado 2014 Ago 1]. Disponível em: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:US_Navy_030423-N-6967M-060_Lt._j.g._John_Gore_checks_on_a_patient_who_is_recovering_from_a_stomach_wound.jpg?uselang=pt-br

World Health Organization. WHO Collaborating Centre on Patient Safety Solutions. Geneve: WHO; 2007 [citado 2013 Dez 8]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/collaborating_centre/en/

Sítes de interesse:

Accreditation Canada: www.accreditation.ca

Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA): www.cbacred.org.br

Haute Autorité de Santé (HAS): <http://www.has-sante.fr>

International Society for Quality in Health Care (ISQua): www.isqua.org

Joint Commission International: www.jointcommissioninternational.org

Organização Nacional de Acreditação (ONA): www.ona.org.br

The Joint Commision: www.jointcommission.org

www.chks.co.uk/Assurance-and-Accreditation

www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/qualidade-na-saude/acreditacao-/introducao.aspx

<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations/>

4. Cultura em segurança do paciente

Cláudia Tartaglia Reis

Este capítulo tem por objetivos:

- * Apresentar a cultura de segurança, seus conceitos e dimensões e sua inserção como parte integrante da cultura organizacional geral.
- * Descrever as formas de avaliação da cultura de segurança e sua aplicabilidade prática.
- * Apresentar os principais instrumentos utilizados para avaliar a cultura de segurança em organizações de saúde.
- * Evidenciar a importância da cultura de segurança como fator indutor de um cuidado de saúde mais seguro e passível de intervenções.

O cuidado de saúde no contexto atual e a cultura de segurança

Os cuidados de saúde, cada vez mais complexos e com demandas ascendentes, elevam o potencial para ocorrência de incidentes, erros ou falhas. Diante dos avanços tecnológicos, da diversidade de sistemas e de processos organizacionais que envolvem o contexto da prestação de cuidados de saúde no âmbito global, observa-se, a partir da última década, o interesse crescente por parte de pesquisadores/investigadores e profissionais de saúde em abordagens voltadas à melhoria da qualidade do cuidado e da segurança do paciente. Nesse cenário, a cultura de segurança ganha destaque, visto que reflete o comprometimento dos profissionais da organização com a promoção contínua de um ambiente

Esse assunto foi abordado com mais profundidade neste livro, no Capítulo 1, Organizações de saúde seguras e fiáveis/confiáveis.

terapêutico seguro e influencia comportamentos e resultados de segurança, tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes.

A publicação do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), intitulada *To err is human* (Kohn et al. 1999), enfatizou a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança em termos organizacionais, como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar contemporâneo. Ela chamou a atenção das organizações de saúde para a importância de se considerar a aplicação de técnicas de segurança adotadas em organizações de alta confiabilidade/fiabilidade (OAC). Essas organizações apresentam elevados riscos envolvidos em seus processos de trabalho e registros de segurança muito positivos no gerenciamento/gestão desses riscos. São exemplos de OAC: indústria da aviação, da energia nuclear, petróleo e gás. Para essas organizações, o foco primário está no sistema e nos processos de trabalho, em vez de nos indivíduos.

A partir desse marco, partilhar uma cultura de segurança positiva nas organizações de saúde emerge como um dos requisitos essenciais na expectativa de reduzir a ocorrência de incidentes e, em especial, de eventos adversos, evitáveis tanto quanto possível, por meio do aprendizado proativo a partir dos erros ocorridos e redesenho dos processos (Handler et al. 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma ampla gama de estudos sustenta o conceito de que uma condição-chave para a cultura de segurança em organizações de alto risco, incluindo as organizações prestadoras de cuidados de saúde, reside em um conjunto de crenças partilhadas que dão suporte a práticas seguras entre os profissionais que nelas trabalham.

A cultura de segurança é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe, reconhecimento da dependência mútua, o aprendizado contínuo a partir das notificações de eventos e a primazia da segurança como uma prioridade em todos os níveis da organização (WHO 2009).

A cultura organizacional

Os estudos com enfoque na cultura organizacional tiveram seu ápice na década de 1980 do século XX. Incorporados à Teoria das Organizações, às análises administrativas e ao cotidiano das empresas, esses estudos passa-

ram a ser frequentes, visto que os aspectos culturais são imprescindíveis em qualquer tipo de análise e prática organizacional (Freitas 1997).

O crescente interesse pela cultura organizacional deu-se a partir da percepção de que as teorias existentes não dispunham de instrumentos e métodos que permitissem compreender a natureza complexa das organizações, particularmente em contextos de mudança, em que se busca melhoria de desempenho ou aumento de competitividade. Nesse contexto, o estudo da complexidade das organizações envolve a compreensão da natureza das relações humanas como base para se conhecer as reações às mudanças dos diferentes grupos que compõem a organização, assim como a dinâmica de relações de poder existentes (Barreiros 2002).

Embora haja uma ampla gama de definições sobre cultura organizacional, Guldenmund (2000) identificou sete características desse tipo de cultura que são frequentemente referenciadas:

As sete características

É uma abstração e não um fenômeno concreto, e, portanto, é de difícil definição e operacionalização.

É relativamente estável ao longo do tempo.

Seu conceito é multidimensional.

É partilhada por grupos de pessoas.

Pode conter vários aspectos que coexistem dentro de uma organização, por exemplo, a cultura de segurança.

Leva a práticas ostensivas.

Atende a uma proposta funcional.

Para Schein (1991), a cultura organizacional é um conjunto de pressupostos básicos que um grupo criou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com problemas de adaptação externa e integração interna. Esses pressupostos, por terem funcionado razoavelmente bem, são considerados válidos e ensinados aos novos membros, como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas. Para o autor, a cultura organizacional influencia o caminho por meio do qual os profissionais aprendem e partilham o conhecimento.

A cultura orienta a maneira de fazer as coisas na organização muitas vezes por meio de pressuposições não escritas nem sequer faladas e apresenta-se em três diferentes níveis:

- * artefatos;
- * valores compartilhados; e
- * pressupostos básicos.

Os artefatos constituem o primeiro nível da cultura, o mais superficial, visível e perceptível. Os artefatos são as coisas concretas que cada pessoa vê, ouve e sente quando se depara com uma organização. Eles abrangem os produtos, serviços/departamentos e padrões de comportamento dos membros da organização e se expressam no modo como as pessoas se vestem, comportam-se, sobre o que conversam e consideram importante e relevante.

Os valores compartilhados, em segundo nível, são valores relevantes, que se tornam importantes para as pessoas e definem as razões pelas quais elas fazem o que fazem.

As pressuposições básicas constituem o nível mais íntimo, profundo e oculto da cultura organizacional. São as crenças inconscientes, percepções, sentimentos e pressupostos predominantes e nos quais as pessoas creem (Schein 1991).

A cultura organizacional correlaciona-se positivamente com o comportamento do líder. O líder desempenha o papel do modelo a ser seguido; ele influencia o desenvolvimento de comportamentos, valores e crenças de seus subordinados, possibilitando o fortalecimento da cultura organizacional (Yafang 2011). A ideia subjacente é que o líder, mediante suas preocupações, configure a cultura de uma unidade ou organização. Ele demonstra suas preferências e comunica o que considera importante por meio de ações simbólicas. Essas preferências tornam-se as preocupações dos profissionais da organização, visto que poderão representar a concessão de recursos, recompensas ou punições (Westrum 2004).

A cultura e o clima de segurança

O conceito de cultura de segurança tem sua origem fora do contexto dos cuidados de saúde, em estudos de OACs. O termo “cultura de segurança” difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear. Uma “cultura de segurança fraca” foi atribuída como principal causa do acidente, de acordo com a *International Atomic Energy Agency* (IAEA).

Posteriormente, dois acidentes graves ocorreram: a explosão na plataforma *Piper Alpha*, localizada no Mar do Norte da Europa, e o incêndio na estação de trem *King Cross*, em Londres. Os relatórios dos respectivos acidentes apontaram falhas humanas, administrativas e organizacionais, relacionadas às falhas na cultura de segurança, como as principais causas desses acidentes (Flin et al. 2000).

A cultura de segurança, como um aspecto da cultura da organização (Zohar et al. 2007), foi conceituada pela *Health and Safety Commission* (1993) como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e confiança na efetividade de medidas preventivas.

Para Cox e Cox (1991), uma organização com uma cultura de segurança efetiva é aberta e justa com seus profissionais quando incidentes ocorrem; os profissionais sentem-se motivados a relatar o erro; aprende-se com os erros em vez de culpar os indivíduos e procura-se olhar para o que deu errado dentro do sistema.

Nos estudos sobre cultura de segurança, observa-se, na literatura, o emprego de diferentes terminologias (Zhang et al. 2002; Flin et al. 2006; Halligan, Zecevic 2011). O termo **clima de segurança** é utilizado com pouca ou nenhuma diferenciação do termo **cultura de segurança** tanto em estudos com foco nas organizações industriais (Zohar 1980; Zhang et al. 2002) como naqueles voltados às organizações de cuidados de saúde (Flin et al. 2006; Halligan, Zecevic 2011). Não é raro o uso de ambos os termos de maneira intercambiável (Cox, Flin 1998). Embora seja utilizado em pesquisas como sinônimo de cultura de segurança, o termo **clima de segurança** é definido como as características superficiais da cultura de segurança a partir das atitudes e percepções dos indivíduos em um determinado ponto no tempo, ou como os componentes mensuráveis da cultura de segurança (Gaba et al. 2003; Colla et al. 2005).

Níveis de maturidade da cultura de segurança

Em uma organização, a cultura de segurança pode se apresentar em graus diversos de maturidade e progredir através de cinco estágios ao

longo do tempo (Hudson 2003). A Figura 1 apresenta os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança.

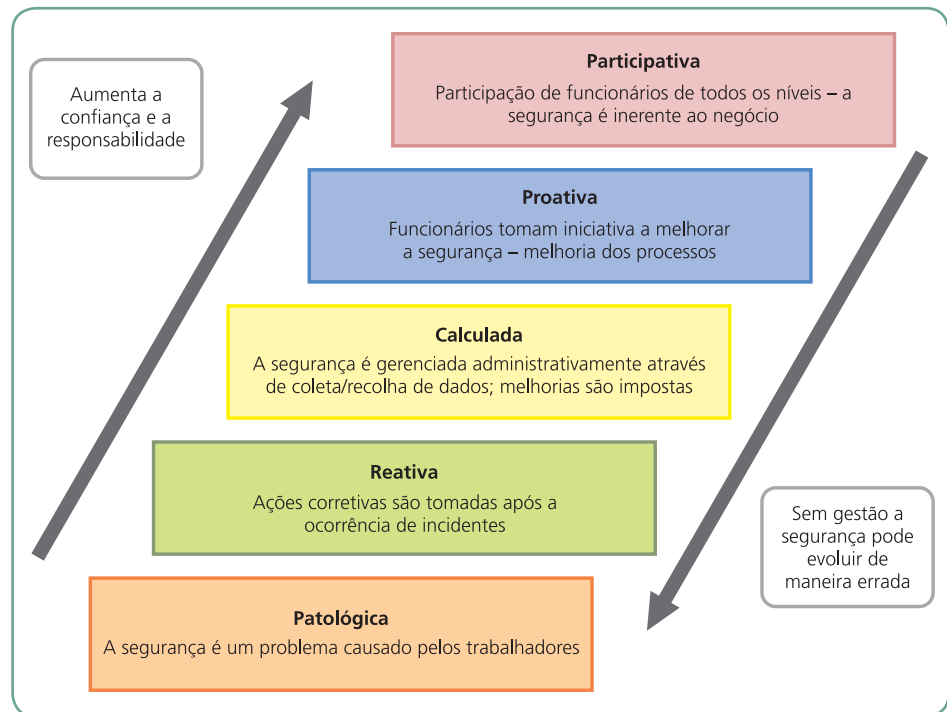
Na cultura “patológica”, grau inferior de maturidade, a segurança é vista como um problema causado pelos trabalhadores.

Na cultura “reativa”, a organização começa a considerar a segurança com maior seriedade, mas as ações são tomadas apenas após a ocorrência de incidentes.

Na cultura “calculada”, a segurança é gerenciada, mas as abordagens são ainda muito verticalizadas, com sistemas de gerenciamento/gestão de risco e foco na coleta/recolha de dados.

No estágio da cultura “proativa”, há um número maior de profissionais envolvidos no sentido de identificar e trabalhar os problemas de segurança, antecipando-se a ocorrência de incidentes; e por fim, no grau de maturidade mais elevado, na cultura “geradora”, há a participação de todos os níveis da organização, com aumento da confiança.

Figura 1 – Os cinco estágios de maturidade da cultura de segurança



Fonte: Adaptado de Hudson (2003).

Para refletir

Pense a respeito da cultura de segurança da organização em que você trabalha. Qual a sua percepção sobre as questões relacionadas à cultura de segurança?

Quando ocorre um incidente de segurança, os profissionais se sentem à vontade para notificá-lo?

Há uma comunicação aberta e efetiva entre a equipe?

Os líderes são comprometidos com as questões relacionadas à segurança?

A segurança é uma prioridade para os gestores da organização?

Como você classificaria a cultura de segurança em sua organização quanto à sua maturidade?

A cultura de segurança nas organizações de saúde

Com o interesse crescente pela cultura de segurança, pesquisadores/ investigadores oriundos de diversas disciplinas (psicologia social e organizacional, gestão empresarial, negócios etc.) dedicaram-se a pesquisas conduzindo a diversos caminhos sobre a forma de conceituar cultura de segurança. Diante dessa diversidade e sem um conceito amplamente aceito, muitos pesquisadores/investigadores passaram a redefinir cultura de segurança enfocando a natureza dos problemas específicos da sua área de pesquisa (Guldenmund 2000).

Alguns pesquisadores/investigadores da área de saúde que estudam as organizações de saúde também se preocuparam em conceituar cultura de segurança, como foi o caso de Nieva & Sorra (2003). A cultura de segurança é descrita pelas autoras como o produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização de saúde com a gestão da segurança do paciente. Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por boa comunicação entre os profissionais, confiança mútua e percepções comuns sobre a importância de segurança e efetividade de ações preventivas.

A OMS sustenta que a cultura é um fator que pode afetar todos os processos e defesas do sistema para melhor ou para pior. Segundo a OMS,

as organizações prestadoras de cuidados de saúde contêm pelo menos dois obstáculos para fortalecer a cultura de segurança:

- * a crença de que, quando se treina o profissional, o problema está resolvido – ele está pronto para a tarefa;
- * a tendência em estigmatizar e punir a falibilidade – o erro se equipara à incompetência.

Juntas, essas influências difundidas tornam difícil para os prestadores de cuidados de saúde admitir seus erros ou aprender coletivamente a partir deles (WHO 2008). Agrega-se ainda o fato de a organização de saúde ser configurada como organização profissional, em que os recursos humanos centrais à produção do cuidado detêm um conhecimento específico e complexo que outorga grande autonomia de decisão e pouco controle do processo (Mintzberg 1982).

Alta confiabilidade/fiabilidade para os cuidados de saúde

A partir dos anos 2000, recomenda-se ao setor saúde apropriar-se dos conceitos e técnicas da cultura de segurança adotadas em OACs (Kohn et al. 1999). Essas organizações, tradicionalmente conhecidas por gerirem com muita eficiência seus processos de trabalho intrinsecamente complexos e perigosos, têm como prioridade minimizar os riscos de incidentes e mitigar eventos adversos.

As OACs buscam estabelecer uma consciência coletiva relacionada à segurança, que se expressa por meio do compromisso com a segurança em todos os níveis da organização, desde seus prestadores da linha de frente até seus gerentes e executivos. Segundo Chassin & Loeb (2011), a consciência coletiva significa que todos que trabalham nessas organizações, tanto individualmente como juntos, têm plena consciência de que mesmo pequenas falhas nos protocolos e processos de segurança podem levar a resultados adversos catastróficos. Nessas organizações, como uma questão de rotina, os trabalhadores estão sempre procurando a menor indicação de que o ambiente ou um processo de segurança tenha sido alterado de algum modo, podendo levar à falha caso algumas medidas não sejam tomadas para resolver o problema. Essa postura permite à organização identificar problemas de segurança ou de qualidade em uma fase na qual eles são facilmente corrigidos.

Chassin & Loeb (2011) contrapõem aspectos importantes entre a cultura de segurança presente nas OACs e a cultura dominante nas organizações de saúde (Quadro 1).

Quadro 1 – Aspectos importantes entre a cultura de segurança presente nas OACs e a cultura dominante nas organizações de saúde.

Organizações de alta confiabilidade/fiabilidade	Organizações de saúde
Crença em que algo pode sair errado	Crença em que tudo vai dar certo
Foco sobre a confiabilidade/fiabilidade do sistema	Foco sobre a eficiência do sistema
Humildade para buscar entender e aprender o que não se conhece	Crença de que se sabe tudo o que se precisa saber
Comportamento que valoriza o trabalho em equipe	Presença de elevados gradientes de hierarquia entre os profissionais

Fonte: Adaptado de Chassin & Loeb (2011).

Os gradientes de hierarquia entre profissionais, típicos das culturas das organizações de saúde, consistem na distância psicológica entre o trabalhador e o seu supervisor (Wachter 2013). Níveis de gradiente de autoridade são esperados, mas, quando os profissionais se sentem intimidados em compartilhar preocupações com seus superiores, com receio de serem punidos ou de causarem irritação à sua chefia, esses gradientes tornam-se perigosos. Segundo Wachter (2013), organizações seguras encontram maneiras de restringir hierarquias em todos os níveis, encorajando os indivíduos a se manifestarem frente a situações inseguras ou quando suspeitam que algo pode não estar certo. Em organizações de saúde, os gradientes de hierarquia estão presentes não apenas entre os profissionais que prestam cuidado clínico direto, mas abrangem o auxiliar administrativo da enfermagem, o farmacêutico e demais profissionais, que podem perceber e apontar condições que apresentam riscos de danos ao paciente.

Para que as organizações de saúde tornem-se organizações de alta confiabilidade/fiabilidade, Chassin & Loeb (2011) sugerem a necessidade de três mudanças críticas e interdependentes no nível organizacional:

- ✿ O compromisso das lideranças como componente fundamental para difundir a ideia da necessidade de mudança de comportamento e de cultura. Esse compromisso requer incorporar os princípios da alta confiabilidade/fiabilidade nas declarações da visão e missão da organização, estabelecendo metas mensuráveis para monitorar sua realização.
- ✿ A cultura de segurança deve envolver três imperativos que se sustentam mutuamente:
 - a confiança;
 - o relato; e
 - a busca contínua por melhoria.

A confiança deve ser estabelecida entre todos os profissionais para que se sintam seguros quando identificarem algum problema que possa envolver erros cometidos por outros. Do mesmo modo, os profissionais devem confiar que a gestão irá buscar a solução dos problemas identificados nas notificações ou relatos de condições potencialmente inseguras ou procedimentos de segurança falhos, que devem permitir identificar problemas em estágios iniciais antes que eles representem riscos elevados. As melhorias de segurança obtidas a partir de notificações ou relatos, uma vez transmitidas de volta aos profissionais, reforça a confiança que motivou o relato, e a cultura de segurança da organização é fortalecida.

- * Ferramentas robustas de avaliação de processos devem ser adotadas, como a *Lean* seis sigma, a análise da causa raiz e outras. O poder dessas ferramentas reside em sua abordagem sistemática, que envolve o seguinte: a forma confiável/fiável de medir a magnitude do problema, identificar suas causas e mensurar a importância de cada causa; encontrar soluções para as causas mais importantes; comprovar a efetividade dessas soluções e implantar programas que assegurem a melhoria contínua ao longo do tempo.

Em síntese, para que a cultura de segurança de uma organização de saúde alcance a *performance* da cultura de segurança das OACs, as seguintes características principais devem ser seguidas:

- O reconhecimento da natureza do alto risco das atividades da organização e a determinação em realizar as operações de forma consistentemente segura.
- A promoção de um ambiente livre de culpa em que os indivíduos são capazes de notificar incidentes ou quase-incidentes sem medo de serem punidos.
- O encorajamento da colaboração entre os diversos níveis e a disciplina em buscar soluções para os problemas de segurança do paciente.
- O comprometimento organizacional relacionado à disponibilização de recursos para fins de responder às questões de segurança (AHRQ 2013).

A cultura de segurança nas organizações de saúde: a “cultura de culpabilização”, o “pensamento sistêmico” e a “cultura justa”

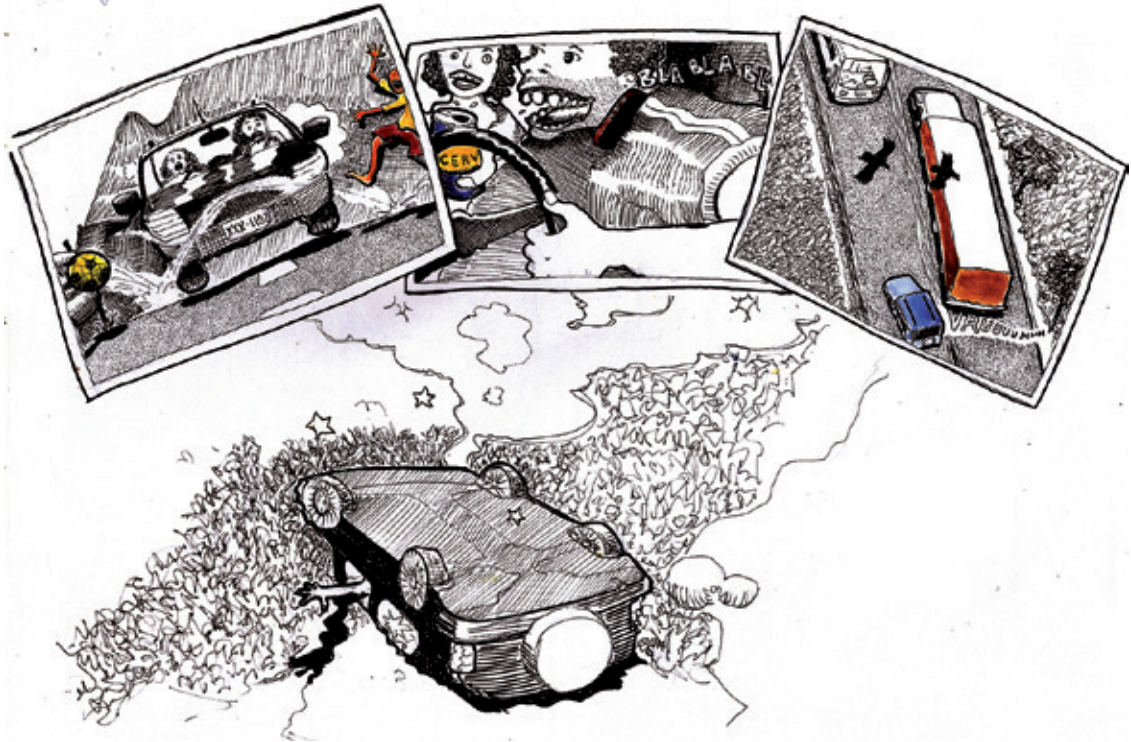
O conceito de segurança do paciente privilegia o “pensamento sistêmico”, o qual aponta para as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, como principais fatores responsáveis pela ocorrência de danos ocasionados pelo cuidado de saúde em vez de culpar os indivíduos isoladamente. A premissa é que os seres humanos cometem falhas, e, portanto, erros são esperados.

Os erros são consequências e não causas. E embora não se possa mudar a condição humana, é possível mudar as condições sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema (Reason 2000). Os incidentes podem ser resultado de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. A ocorrência de incidentes em organizações de saúde complexas é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias da organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem à gestão de qualidade, prevenção de riscos e a capacidade de aprendizagem a partir dos erros (WHO 2004).

O “pensamento sistêmico” impulsiona o foco para a melhoria do desempenho organizacional e a promoção de uma cultura não punitiva, que encoraja o profissional a reconhecer e relatar seus erros. Segundo Wachter (2012), o “pensamento sistêmico” propiciou muitas melhorias na segurança do cuidado, das quais são exemplo a prescrição eletrônica, o uso de códigos de barra, a padronização e simplificação de processos e melhorias no design de equipamentos, entre outras. Mas o autor chama a atenção para o fato de que a abordagem da não culpabilidade parece não ser apropriada para a totalidade de erros que ocorrem nas organizações de saúde. Se, por um lado, é fato que a cultura tradicional de culpabilidade individual em organizações de saúde prejudica o avanço de uma cultura de segurança, por outro, a cultura da “não culpabilidade” é a postura adequada para a maior parte dos incidentes de segurança, e alguns parecem demandar censura e responsabilização.

Para conciliar as necessidades individuais de não culpabilização e a adequada responsabilização, o conceito de cultura justa foi introduzido.

Cultura justa identifica e aborda as questões dos sistemas que levam os indivíduos a adotar comportamentos inseguros e estabelece tolerância zero para o comportamento imprudente (AHRQ 2010). Ela distingue entre o erro humano (por exemplo, cometer deslizes), o comportamento de risco (por exemplo, “tomar atalhos”) e o comportamento imprudente (por exemplo, “ignorar” os passos de segurança necessários), em contraste com uma abrangente abordagem da “não culpabilidade” defendida por alguns.



Em uma cultura justa, a reação frente a um incidente baseia-se no tipo de comportamento relacionado ao incidente, e não à sua gravidade. Wachter (2012) recomenda o uso de modelos, para orientar a reflexão sobre as questões envolvidas em um incidente de segurança, antes de decidir se uma punição se justifica.

Para refletir

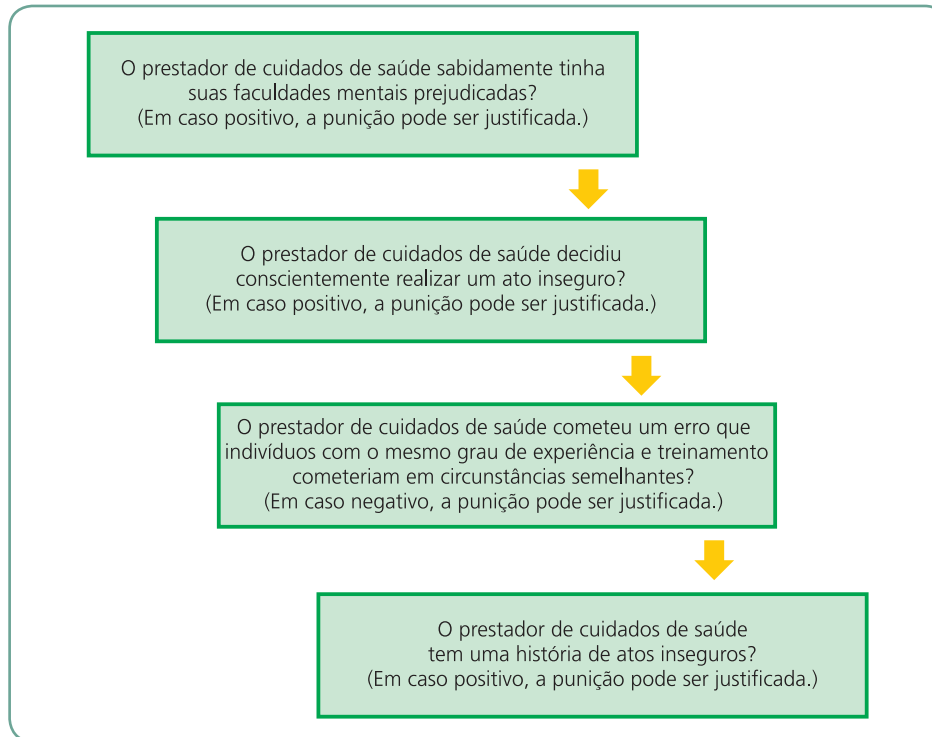
Como você observa a conduta tomada frente à ocorrência de incidentes em sua organização?

As circunstâncias relacionadas à ocorrência de um incidente são cuidadosamente analisadas?

E, em sua opinião, prevalece a cultura de culpabilização ou a cultura justa?

A Figura 2 apresenta uma adaptação do modelo desenvolvido por Leonard & Frankel (2010), que auxilia no julgamento se a responsabilização pessoal é justificada diante da ocorrência de um incidente.

Figura 2 – Ações dos prestadores de cuidados e possibilidades de respostas para análise de riscos



Fonte: Adaptado de Leonard & Frankel (2010).

Wachter & Pronovost (2009) argumentam que a abordagem da “não culpabilidade” pode ser avaliada como uma situação de comportamento corporativista, e não como uma estratégia delineada para trabalhar as causas envolvidas na maioria dos incidentes. Os autores defendem a responsabilização mediante transgressões cometidas pelos profissionais de saúde. Uma reflexão sobre uma nova tensão emerge: a responsabilização individual *versus* a responsabilização coletiva.

Bell et al. (2011) enfatizam a necessidade da responsabilização coletiva, a qual abrange o profissional envolvido no incidente, a equipe prestadora do cuidado de saúde e a instituição. Para os autores, um quadro de responsabilização coletiva pressupõe uma cultura de segurança forte na organização e inclui o desenvolvimento de sistemas de informação robustos, não punitivos, que apoiem os profissionais prestadores do

cuidado após a ocorrência de incidentes de segurança e desenvolvam maneiras de compensar os pacientes prejudicados por erros do sistema, mitigando seus efeitos decorrentes.

Para a OMS, as organizações de saúde necessitam tornar-se resilientes, ou seja, um sistema que continuamente previne, detecta, mitiga ou diminui o perigo (circunstância ou agente com potencial de causar dano), ou a ocorrência de incidentes (WHO 2009). Espera-se que a cultura de segurança, nas organizações de saúde, seja constituída pelos seguintes componentes:

- ✿ uma **cultura justa**, com relação à segurança e à justiça, em que haja o consenso entre as pessoas no que concerne a comportamentos aceitáveis e inaceitáveis; uma cultura que não seja punitiva frente à ocorrência de incidentes, mas priorize buscar suas causas;
- ✿ uma **cultura de notificação de incidentes**, que privilegie a informação (incluindo coleta/recolha, análise e divulgação sobre informações referentes à notificação de incidentes e quase incidentes) e encoraje as pessoas a falar sobre seus erros e a notificá-los; e, por fim,
- ✿ uma **cultura de aprendizagem**, já que a organização constituiu uma memória de eventos passados, ela pode direcionar o aprendizado a partir deles (WHO 2008).

Os sistemas de notificação de incidentes

Para que seja útil, é desejável que o SNI seja de fácil uso, não punitivo e gerenciado por pessoa habilitada.

A criação de sistemas de notificação de incidentes (SNI) tem sido encorajada, particularmente em hospitais, como uma forma de reunir dados que contribuam para a melhoria significativa na segurança e na qualidade do cuidado.

Segundo Wachter (2013), as notificações de erro podem ser divididas em três categorias principais: anônimas, confidenciais e abertas. Para as notificações anônimas, não é solicitada a identificação do notificador. Embora apresentem a vantagem de encorajar a notificação, os sistemas anônimos têm a desvantagem de não permitir que perguntas de acompanhamento de investigação sejam respondidas. Em um sistema de notificação confidencial, a identidade do notificador é conhecida, mas protegida de autoridades reguladoras ou representantes de sistemas legais (exceto em caso de má conduta do profissional ou ato criminoso). Esses sistemas tendem a capturar melhores notificações do que o anônimo, porque as perguntas de investigação podem ser feitas. Nos sistemas de notificação abertos, todas as pessoas e lugares

são publicamente identificados. Eles são pouco utilizados na área de saúde, uma vez que o potencial para publicidade não desejada e acusações é muito forte.

Embora muitos hospitais tenham investido na implantação de um SNI, sobretudo por meio de infraestrutura informatizada, os recursos e o foco necessário para mudar a cultura de notificação e do manejo de incidentes têm sido menos evidentes (Wachter 2013). Por consequência, os SNI apresentam muitas limitações, e uma advertência a ser considerada é que os sistemas voluntários não podem ser utilizados para avaliar taxas de erros, de danos, e, portanto, as organizações de saúde e hospitais precisam lançar mão de outras técnicas que possibilitem identificar erros e situações de risco. Trabalhar a cultura de segurança dentro da organização é essencial para se alcançar um SNI efetivo.

Para melhorar a cultura de segurança nas organizações de saúde, é essencial que as áreas com problemas subjacentes sejam identificadas e soluções planejadas/planeadas, para direcionar cada problema específico. Portanto, a avaliação da cultura de segurança é vista como o passo inicial para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva em uma organização de saúde (Pronovost et al. 2004) e como um ponto de partida para iniciar o planejamento/planeamento de ações que busquem mudanças na intenção de reduzir a incidência de eventos adversos e garantir a prestação de cuidados de saúde seguros.

Avaliando a cultura de segurança em organizações de saúde

Globalmente, observa-se, na comunidade científica e nas ações desenvolvidas por agências internacionais que se dedicam a melhorar o acesso e a efetividade dos cuidados de saúde, o interesse e o empenho na procura por soluções para reduzir o nível de risco para os pacientes, melhorar a qualidade do cuidado e desenvolver métodos e técnicas confiáveis/fiáveis que determinem o tipo e a natureza da cultura de segurança dos profissionais e de suas organizações ou serviços/departamentos nos hospitais. A partir da avaliação da cultura de segurança na organização, tem-se acesso às informações dos profissionais a respeito de suas percepções e comportamentos relacionados à segurança, permitindo identificar as áreas mais problemáticas para que se possa planejar/planear e implementar intervenções (Sorra, Nieva 2004).

A avaliação da cultura de segurança é exigida por organismos internacionais de acreditação hospitalar e permite identificar e gerir prospectivamente as questões relevantes de segurança nas rotinas e nas condições de trabalho, a fim de monitorar mudanças e resultados relacionados à segurança. A avaliação da cultura de segurança pode ter múltiplas propostas:

- * o diagnóstico da cultura de segurança e a conscientização/ consciencialização dos profissionais acerca do tema;
- * a avaliação de intervenções para a segurança do paciente implementadas na organização e o acompanhamento de mudanças ao longo do tempo;
- * a comparação com dados de referência internos e externos à organização; e
- * a verificação do cumprimento de necessidades regulatórias (Sorra, Nieva 2004).

Para refletir

Sua organização já passou por uma avaliação da cultura de segurança? Em caso negativo, a que você credita essa ausência?

Se sua resposta foi positiva, você avalia que as propostas da avaliação listadas no texto podem ter sido alcançadas?

Métodos para avaliar a cultura de segurança em organizações de saúde

A multiplicidade de definições sobre cultura e clima de segurança reflete a diversidade de metodologias utilizadas para avaliar a cultura de segurança em uma organização (Nascimento 2011). Segundo essa autora, a abordagem epidemiológica quantitativa comumente utiliza questionários de autopreenchimento e está de forma estreita relacionada à avaliação de clima de segurança ou dos componentes mensuráveis da cultura de segurança. Por seu turno, a abordagem socioantropológica qualitativa prevê a avaliação da cultura de segurança por meio de técnicas de observação associadas a entrevistas.

Em organizações de saúde, a maior parte dos estudos que avalia cultura de segurança utiliza questionários como instrumento de coleta/recolha de dados. Esses questionários baseiam-se em uma combinação de dimensões e são considerados uma estratégia eficiente por ser ela anô-

nima e com custos mais reduzidos que as abordagens qualitativas para coletar/recolher dados sobre cultura de segurança (Flin et al. 2007). Os questionários diferem quanto ao número de itens e de dimensões que mensuram e em relação à variação em suas propriedades psicométricas – validade e confiabilidade/fiabilidade (Colla et al. 2005; Flin et al. 2006; Robb, Seddon 2010; Halligan, Zecevic 2011).

Um percentual de resposta elevado é fundamental para o êxito dos estudos, os quais utilizam o questionário para avaliar cultura de segurança. Desde que satisfeita essa condição, os questionários proveem a percepção das fraquezas e fortalezas da cultura da organização em sua totalidade, bem como dentro de departamentos ou serviços/departamentos e grupos de profissionais (Robb, Seddon 2010).

Instrumentos disponíveis para avaliar cultura de segurança em organizações de saúde

A seleção do questionário a ser utilizado depende de sua finalidade, das perguntas às quais se pretende responder; e ele deve ser adequado em termos de suas propriedades psicométricas (Colla et al. 2005). Os dois questionários mais amplamente utilizados são a “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente” (*Patient Safety Culture Survey*), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), e o “Questionário de Clima de Segurança” (*Safety Attitudes Survey - SAQ*) (AHRQ 2010; Sexton et al. 2006; Colla et al. 2005). A tradução de ambos os questionários encontra-se disponível para uso no Brasil; a Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente, em sua versão aplicável a hospitais (HSOPSC), foi adaptada e posteriormente validada (Reis et al. 2012; Reis 2013), assim como o SAQ (Carvalho 2011).

São elegíveis a responder o HSOPSC e o SAQ profissionais que trabalham em hospitais e têm contato direto ou interagem diretamente com os pacientes internados; e profissionais que não têm contato direto com o paciente, mas cujas funções desempenhadas no trabalho afetam diretamente o cuidado ao paciente internado (líderes, gerentes, supervisores e administradores). Esses questionários foram delineados com o objetivo de mensurar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente; eles questionam a opinião de seus respondentes sobre pontos-chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão.

A Figura 3 resume as dimensões da cultura de segurança mensuradas pelo HSOPSC e o número de itens que compõem cada dimensão.



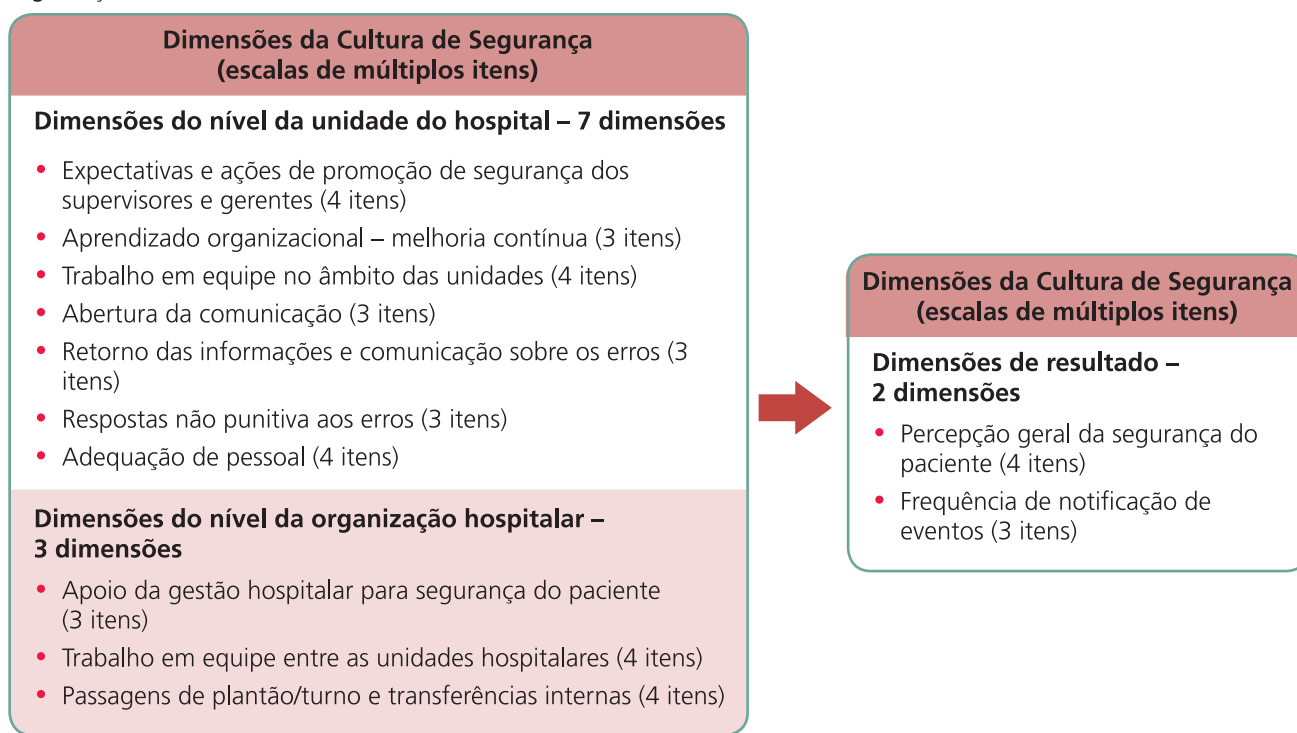
É imprescindível o envolvimento dos gestores e lideranças das organizações para o alcance de uma taxa de resposta adequada.



Consulte o questionário “Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente” em sua versão aplicável a hospitais (HSOPSC), disponível no portal Proqualis (<http://proqualis.net/>).

O HSOPSC avalia sete dimensões do nível da unidade do hospital e três dimensões do nível da organização hospitalar, dispostas do lado esquerdo da figura. As duas dimensões dispostas do lado direito são consideradas dimensões ou variáveis de resultado. Portanto, os dados obtidos a partir de inquéritos que utilizam o HSOPSC como instrumento de coleta/recolha em hospitais permitem realizar análises estatísticas para verificar se os escores obtidos nas dimensões do âmbito hospitalar ou da unidade/serviço influenciam nos escores obtidos nas dimensões consideradas variáveis de resultado.

Figura 3 – Dimensões da cultura de segurança e variáveis de resultado mensuráveis pela Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente (HSOPSC)



Fonte: Adaptado de Olsen (2008).

A avaliação da cultura de segurança, a partir do uso de questionários, é feita por meio do cálculo do percentual de respostas positivas aos itens das dimensões que compõem esses instrumentos; determina-se, então, um ponto de corte para classificar os pontos fortes e frágeis da cultura em cada dimensão, para, posteriormente, serem trabalhados nas organizações (Reis 2013). Esses percentuais podem ser calculados para a organização em sua totalidade, por unidades da organização e por categorias profissionais.

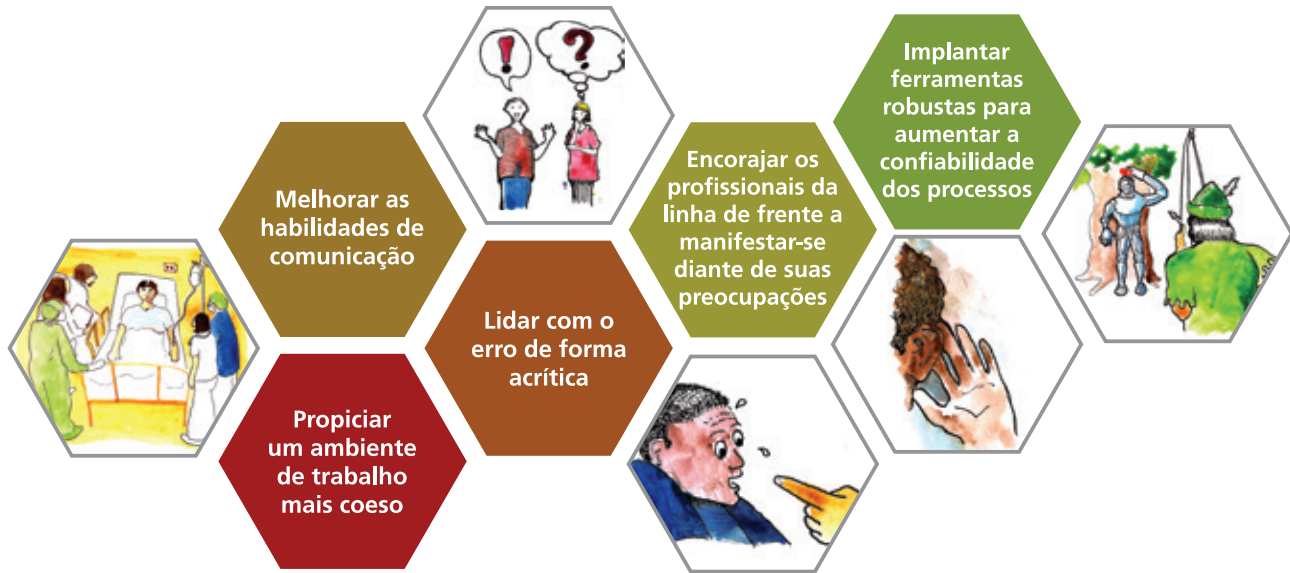
Estudos têm documentado variação considerável na percepção da cultura de segurança entre organizações, entre serviços/departamentos dentro da mesma instituição e entre categorias profissionais. Pronovost & Sexton (2005) aplicaram o SAQ a médicos de 100 hospitais e encontraram ampla variação dos escores entre os hospitais (escores positivos variaram de 40 a 80%); a variação foi ainda maior quando avaliaram os escores entre os serviços/departamentos dentro do mesmo hospital (escores positivos variaram de 0 a 100%). Em pesquisas anteriores, os enfermeiros têm, consistentemente, queixado-se da falta de um ambiente livre de culpa, e provedores de cuidado de todos os níveis têm notado problemas com o comprometimento organizacional para o estabelecimento de uma cultura de segurança (AHRQ 2013).

A cultura de segurança varia amplamente entre diferentes profissionais, e é fundamental questionar todos eles para se desenhar um retrato completo da cultura de uma organização (Wachter 2013).

O fortalecimento da cultura de segurança como um fator indutor do cuidado de saúde mais seguro

O desenvolvimento da cultura de segurança apresenta-se como um elemento central nos muitos esforços empreendidos na busca pela melhoria da segurança do paciente e da qualidade do cuidado de saúde prestado. A avaliação do status da cultura de segurança em organizações de saúde, particularmente em hospitais, tem sido objeto de diversos estudos pré e pós-intervenções, mostrando as necessidades percebidas em uma avaliação pré-intervenção e os ganhos alcançados a partir da implementação efetiva de intervenções de segurança.

Iniciativas recentes mostram evidências de associações entre medidas de fortalecimento da cultura de segurança e melhoria nos resultados obtidos. O estudo de Neily et al. (2010) mostrou que programas de treinamento em equipe melhoraram os valores obtidos nos escores sobre cultura de segurança entre os profissionais e reduziram em 18% a mortalidade decorrente de cirurgias em hospitais americanos. Os programas de treinamento implementados nesse estudo enfatizaram quatro competências principais: a liderança, o trabalho em equipe, o apoio mútuo e a comunicação. Segundo Wachter (2013), os programas de treinamento, em equipe em organizações de saúde, apresentam uma variedade de formas e tamanhos, mas, habitualmente, apresentam como prioridade:



Para refletir

Quais os tópicos da lista de prioridades trabalhadas em programas de treinamento, que foram listadas no texto, você acredita que deveriam ser trabalhadas, em sua organização, com objetivo de conferir maior segurança aos processos e melhores resultados?

Você sugeriria mais alguma questão a ser trabalhada que não esteja na lista?

O estudo de Schwendimann et al. (2013) mostrou o aumento nos escores da cultura de segurança em um inquérito realizado em 706 unidades hospitalares. O estudo revelou que os serviços/departamentos em que a maior parte dos profissionais participou de rondas com suas chefias (*executive walkrounds*) apresentaram melhores resultados relativos à cultura de segurança, com maior redução dos riscos relacionados à segurança e maior retorno sobre as ações implementadas a partir dos problemas levantados nas rondas realizadas. Destaca-se, nesse estudo, o envolvimento e a participação dos líderes como potenciais motivadores do fortalecimento da cultura.

Algumas ações, dentre elas a adoção de listas de verificação em processos suscetíveis a erros (*checklists*) e normas baseadas em sólidas evidências científicas, destacaram-se como exemplos do fortalecimento da cultura de segurança. Embora as listas de verificação não possam resolver todos os problemas de segurança, o seu uso, associado a outras medidas de segurança como padronização, simplificação, funções forçadas à dupla checagem, pode contribuir para a prestação do cuidado de saúde mais

confiável/fiável e seguro. O estudo de Brilli et al. (2013) implementou um programa para melhoria da qualidade do cuidado de saúde baseado na prática de intervenções comuns nas organizações de alta confiabilidade/fiabilidade em um hospital pediátrico. Os autores observaram redução de 83% nos eventos adversos evitáveis, acompanhada da redução dos custos hospitalares e aumento nos escores de cultura de segurança.

Considerações finais

A cultura de segurança do paciente se reflete no comportamento dos membros de uma organização, serviço, departamento ou equipe, em especial nos valores e crenças por eles partilhados, e reflete o quanto eles priorizam a segurança do paciente. Uma cultura de segurança do paciente fortalecida é caracterizada pela valorização do trabalho em equipe, pelo engajamento dos líderes da organização aos desafios de se proporcionar cuidados de saúde seguros, pela adoção de uma postura proativa desses líderes frente à ocorrência de erros, respaldada pela comunicação aberta entre os profissionais e o encorajamento da notificação de incidentes de segurança, que, por consequência, promove o aprendizado organizacional efetivo.

Promover a cultura de segurança implica estabelecer um conjunto de intervenções enraizadas nos princípios da liderança, do trabalho em equipe, na mudança de comportamento. As estratégias utilizadas para promover a segurança do paciente podem incluir intervenções únicas ou várias intervenções combinadas. Elas podem incluir mudanças em termos de sistema, por exemplo, na gestão, ou de estrutura, como na implantação de um sistema de relato de eventos efetivo. Diversas estratégias vêm sendo utilizadas para melhorar a cultura de segurança das quais são exemplos os treinamentos em equipe, que se referem a um conjunto de métodos estruturados visando otimizar os processos de trabalho em equipe, melhorando a comunicação, a colaboração e a liderança; e os rounds interdisciplinares em que há o engajamento das lideranças organizacionais diretamente com provedores do cuidado da linha de frente, discutindo as potenciais ameaças à segurança do paciente, partilhando responsabilidades e confiança (Weaver et al. 2013).

A cultura de segurança em organizações de saúde desponta como um indicador estrutural básico facilitador de iniciativas que objetivam a redução dos riscos de incidentes e de eventos adversos nesse âmbito (AHRQ 2013). Embora estudos recentes na literatura corroborem com essa afirmativa, diante da complexidade dos cuidados de saúde e da diversidade característica de suas organizações, estudos adicionais serão úteis para uma abordagem mais aprofundada sobre o tema.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality. Making health care safer II: an updated critical analysis of the evidence for patient safety practices. Rockville: AHRQ; 2013a.

Agency for Healthcare Research and Quality. Patient safety culture surveys. Rockville: AHRQ; 2010 Nov [citado 2013 Ago 22]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/>

Agency for Healthcare Research and Quality. Safety culture. Rockville: AHRQ; 2013b [citado 2013 Ago 22]. Disponível em: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>.

Barreiros D. Gestão da segurança e saúde no trabalho: estudo de um modelo sistêmico para as organizações do setor mineral [tese]. São Paulo: Escola Politécnica, Universidade de São Paulo; 2002.

Bell SK, Delbanco T, Anderson-Shaw L, McDonald TB, Gallagher TH. Accountability for medical error: moving beyond blame to advocacy. *Chest* 2011; 140(2):519-26.

Brilli RJ, McClead RE Jr, Crandall WV, et al. A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs, and hospital mortality. *J Pediatr*. 2013. In press. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/aip/00223476>. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.

Carvalho REFL. Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil; Questionário de Atitudes de Segurança [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

Chassin MR, Loeb JM. The ongoing quality improvement journey: next stop, high reliability. *Health Aff* 2011; 30(4):559-68.

Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14:364-66.

Cox SJ, Cox T. The structure of employee attitude to safety: a European example. *Work Stress*. 1991; 5:93-106.

Cox S, Flin R. Safety culture: philosopher's stone or man of straw? *Work Stress* 1998; 12(3):189-201.

Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis. *Saf. Sci.* 2007; 45:653-67.

Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15:109-15.

Flin R, Mearns K, O'Connor P, Bryden R. Measuring safety climate: identifying the common features *Saf. Sci.* 2000; 34(1-3):177-92.

Freitas ME. Cultura organizacional: o doce controle no clube dos raros. In: Motta FCP; Caldas MP (Org). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas; 1997. p. 293-304.

Gaba DM, Singer SJ, Sinaiko AD, et al. Differences in safety climate between hospital personnel and naval aviators. *Hum Factors*, 2003; 45:173-85.

Guldenmund FW. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Saf. Sci.* 2000; 34:215-57.

Halligan M, Zecevic A. Safety Culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:338-43.

Handler SM, Castle NG, Studentski SA, Perera S, Fridsma DB, Nace DA et al. Patient safety culture assessment in the nursing home. *Qual Saf Health Care.* 2006; 15:400-4.

Health and Safety Comission. Third report: organizing for safety: ACSNI Study Group on Human Factors. London: HMSO, 1993. p. 23.

Hudson P. Applying the lessons of high risks industries to health care. *Qual Saf Health Care.* 2003; 12(Suppl. 1): i7-i12.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors, Committee on Quality in Health Care (Institute of Medicine). *To err is human: building a safer health system.* Washington DC: National Academy Press; 1999.

Leonard MW, Frankel A. The path to safe and reliable healthcare. *Patient Educ Couns.* 2010; 80:288-92.

Mintzberg H. *Structure & dynamique des organizations.* Paris: Les Éditions d'Organisation; 1982.

Nascimento A. Sécurité des patients et culture de sécurité: une revue de la littérature. *Ciêns Saúde Colet.* 2011;16(8):3591-602.

Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA* 2010; 304:1693-700.

Nieva VF, Sorra J. Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care* 2003;12:ii17-1123.

Olsen E. Reliability and validity of the hospital survey on patient safety culture at a Norwegian Hospital. In: vretveit J, Sousa PJ. *Quality and safety improvement research: methods and research practice from the international quality improvement research network (QIRN).* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2008. p. 173-186.

Pronovost PJ, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. *Qual Saf Health Care* 2005; 14:231-3.

Pronovost PJ, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ, et al. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004; 30:59-68.

Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; (320):768-70.

Reis CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

Reis CT, Laguardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Públ.* 2012; (28)11:2199-210.

Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *NZMJ* 2010; 123(1313):66-76.

Schein EH. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1991.

Schwendimann R, Milne J, Frush K, Ausserhofer D, Frankel A, Sexton JB. A closer look at associations between hospital leadership walkrounds and patient safety climate and risk reduction: a cross-sectional study. *Am J Med Qual.* 2013; 20(10):1-8.

Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB et al. The safety attitudes questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6:44.

Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004) . Rockville: AHRQ; Sept 2004. AHRQ Publication No. 04-0041

Wachter RM. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH; 2013.

Wachter RM. Personal accountability in healthcare: searching for the right balance. London: The Health Foundation; 2012 [citado 2013 Ago 2]. Disponível em: <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/3426/Personal%20accountability%20in%20healthcare%20searching%20for%20the%20right%20balance%20thought%20paper.pdf?realName=Al5J91.pdf>.

Wachter RM, Pronvost PJ. Balancing “no blame” with accountability in patient safety. *N Engl J Med.* 2009; 361:1401-06.

Weaver SJ, Lubomski LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy. *Ann Inter Med.* 2013; 158(5):369-75.

Westrum R. A typology of organizational cultures. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(Suppl. 2):ii22-7.

World Health Organization (WHO). Patient safety: a global priority. *Bull World Health Organ.* 2004 [citado 2013 Ago 2];82(12). Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/12/editorial11204html/en/>.

World Health Organization (WHO), World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: WHO; 2008 [citado 2013 Ago 2]. Sections III e IV, p. 49-90. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596541_eng.pdf.

World Health Organization (WHO), World Alliance for Patient Safety, Taxonomy. The conceptual framework for the international classification for patient safety. Final Technical Report. Geneva: WHO; 2009 Jan [citado 2013 Jul 29]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

Yafang T. Relationship between organizational culture, leadership, behavior and job satisfaction. BMC Health Serv. Res. 2011; 11:98.

Zhang W, Wiegmann DA, von Thaden TL, Sharma G, Mitchell AA. Safety culture: a concept in chaos? In: Proceedings of the 46th Annual Meeting of the Human Factors and Ergonomics Society; 2002. Santa Monica: Human Factors and Ergonomics Society; 2002.

Zohar D. Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications. J Appl Psychol. 1980; 65:96-102.

Zohar D, Livne Y, Tenne-Gazit O, Admi H, Donchin Y. Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety. Crit CareMed. 2007; 35:1312-7.

5. Indicadores de segurança do paciente

Carla Gouvêa

A partir das duas últimas décadas, várias estratégias vêm sendo adotadas em diferentes países a fim de garantir cuidados de saúde mais seguros. Dentre elas, destaca-se a criação de programas para o monitoramento da qualidade e segurança com base em indicadores. Neste capítulo, serão apresentadas as principais características dos indicadores em geral e dos indicadores específicos utilizados para monitorar a segurança do paciente.

Características e atributos dos indicadores

Um indicador é uma medida qualitativa ou quantitativa que permite conhecer em que nível determinado objetivo foi atingido. Os indicadores fornecem informação sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde (RIPSA 2002). Conforme o nome sugere, um indicador oferece pistas sobre determinada situação e indica a direção a ser seguida. Ele sinaliza potenciais áreas de oportunidade de melhoria. Ou seja, um indicador não é uma medida absoluta de bom ou mau desempenho, mas sim um “sinalizador” que permite conhecer em que medida cumprimos determinado objetivo ou não. Um indicador sinaliza áreas ou setores em que há necessidade de maior número de investigações e análises para compreensão abrangente dos fatos e tomada de decisões mais acertadas. Seu uso permite a mensuração e o monitoramento da qualidade dos serviços, programas e sistemas de saúde, em geral.

O monitoramento de indicadores é “uma atividade planejada e sistemática para identificar problemas ou situações que devem ser estudadas de forma profunda ou ser objeto de intervenção para melhorar” (Anvisa 2013).

O monitoramento dos cuidados prestados aos pacientes, por meio de indicadores, permite:

- ✿ orientar a formulação e a hierarquização de políticas;
- ✿ monitorizar a melhoria de cuidados de saúde;
- ✿ promover maior transparência das organizações de saúde;
- ✿ que os usuários/utentes façam escolhas mais informadas.

Taxa – variação de uma medida y em função da variação de uma medida x. A taxa é sempre referida a um período definido.

Razão – quociente entre duas medidas, em que o denominador não inclui o numerador.

Proporção – quociente entre duas medidas, em que o numerador está incluído no denominador.

Nesse contexto, pode-se dizer que um indicador expressa as ações de uma organização ou de um sistema de saúde em direção à melhoria da qualidade. Um indicador pode ser expresso como uma taxa, uma razão, uma proporção ou um evento (um número absoluto).

Para ser útil, um indicador deve conter alguns atributos, descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Atributos de um bom indicador

Atributo	Definição
Validade	Capacidade de medir o que se pretende.
Sensibilidade	Capacidade de detectar o fenômeno analisado.
Especificidade	Capacidade de detectar somente o fenômeno analisado.
Confiabilidade/ Fiabilidade	Capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares.
Viabilidade	Os dados estão disponíveis ou são fáceis de conseguir.
Relevância	Responde às prioridades de saúde.
Custo-efetividade	Os resultados justificam o investimento de tempo e recursos.

Fonte: RIPSA (2002).

Para praticar

Faça a leitura do artigo “Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso” (2011), de Schelle Aldrei de Lima Da Soller e Gilsée Ivan Regis Filho (2011), disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v45n3/03.pdf>.

Identifique, no texto, as características de um bom indicador apresentadas pelos autores e compare-as aos atributos do Quadro 1.

Quando se pretende avaliar a qualidade dos cuidados de saúde, são vários os modelos que estão ao dispor. O modelo mais conhecido e amplamente utilizado, um pouco por todo o mundo, é o proposto por Donabedian (1988). Conhecido como a tríade de Donabedian, ele é composto de três componentes: **estrutura**, **processo** e **resultado**. A estrutura corresponde aos atributos dos setores em que os cuidados são prestados, o que inclui os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; o **processo** corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados; e o **resultado** (*outcome*) corresponde ao efeito do cuidado no estado de saúde do paciente e das populações. Os *outcomes* podem ser de tipo clínico – por exemplo, morte, complicações; econômicos – por exemplo, dias de internação/internamento; custos diretos; ou resultados na perspectiva do paciente – por exemplo, grau de satisfação, qualidade de vida.

Um indicador de processo avalia o que foi feito em um paciente. Para ser válido, deve existir evidência demonstrando que os processos avaliados conduzem a melhores resultados.

De modo semelhante, a validade de um indicador de estrutura está relacionada à comprovação de que os componentes estruturais aumentam a probabilidade de bons resultados, ou estão relacionados a processos que produzem essa melhoria nos resultados.

Quanto aos indicadores de resultado, um aspecto importante a se considerar são os múltiplos fatores que interferem no estado de saúde dos pacientes. Variações nas características demográficas e condições clínicas dos pacientes, além do cuidado recebido, aumentam a possibilidade de resultados diferenciados. Para controlar essas características, são empregadas diferentes metodologias por meio de procedimentos de ajustamento de risco, por vezes bastante complexos, mas necessários para garantir análises e comparações mais fidedignas (Souza et al. 2007).

Sobre a tríade de Donabedian, sugerimos que você reveja o Capítulo 1, Qualidade e segurança do paciente, do livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*.



Para aprofundar o conhecimento a esse respeito, leia o artigo de Jain Mainz: Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2003 [citado 2014 Jan 3];15:523-30. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/15/6/523.full.pdf+html>.

Outra questão importante a ser considerada sobre indicadores, especialmente aqueles usados em comparações e relatórios públicos, é a possibilidade de ocorrerem “efeitos ou consequências indesejáveis” decorrentes de sua utilização. No caso dos indicadores de processo, Chassin et al. (2010) dão como exemplo o indicador “administração da primeira dose de antibiótico para um paciente com pneumonia comunitária, nas primeiras quatro horas após a chegada ao hospital”. Embora existam evidências de que esse processo melhore os resultados, seu uso indiscriminado ocasionou a administração inadequada de antibióticos a pacientes que não tinham pneumonia (Chassin et al. 2010).

Ficha técnica de indicadores

Para cada indicador, é importante que se elabore uma ficha técnica contendo informações que dispõem sobre suas características e ajudam a sua construção. Há vários modelos de ficha técnica, disponíveis com diferentes tipos de informações. Não havendo nenhum conjunto de regras explícitas e gerais que se apliquem a todas as fichas técnicas, existem, porém, elementos mínimos que devem ser contemplados quando da elaboração delas.

Observe o Quadro em que estão listados os componentes mínimos de uma ficha técnica de indicador e suas definições.

Quadro 2 - Modelo de ficha técnica de indicador

Título: Nome do indicador; representa uma descrição sucinta, objetiva e rapidamente compreensível do objetivo do indicador.	
Origem: Organização(ões) responsável(eis) pelo desenvolvimento do indicador.	
Nível da informação: Estrutura, processo ou resultado.	
Dimensão da qualidade: Classificação do indicador conforme a(s) dimensão(ões) da qualidade atribuída(s) pela(s) organização(ões) que desenvolveu(ram), por exemplo: segurança, efetividade, eficiência, entre outras.	
Descrição do numerador (se for o caso): Inclui as especificações gerais de qualquer componente clínico, que forma a base para as inclusões e exclusões no numerador.	Descrição do denominador (se for o caso): Inclui as especificações gerais de qualquer componente clínico, que forma a base para as inclusões e exclusões no denominador.
Método de cálculo: Fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo precisamente os elementos que a compõem.	
Definição de termos: Descrição dos conceitos e termos utilizados na construção do indicador, necessários para sua melhor compreensão.	
Racionalidade (<i>rationale</i>): Justificativa e evidência científica que suporta a implementação do indicador.	

Quadro 2 - Modelo de ficha técnica de indicador (cont.)

Ajustamento de risco: Método e/ou variáveis utilizadas para controlar as possíveis variações nos resultados do indicador, em decorrência de diferentes perfis de pacientes.
Estratificação: Categorias ou grupos de classificação dos dados do indicador com o intuito de aumentar sua capacidade de comparação. Por exemplo: tipo de organização de saúde; setor do cuidado; faixa etária e outros.
Interpretação: Explicação sucinta sobre o tipo de informação obtida e seu significado.
Limitações: Fatores que restringem a interpretação do indicador, referentes tanto ao próprio conceito como às fontes utilizadas.
Fonte dos dados: Fonte primária de onde os dados podem ser obtidos e/ou os sistema(s) de informações que fornecem os dados.

Fonte: Gouvêa (2011); RIPSA (2002).

Indicadores de segurança do paciente

A segurança é uma dimensão da qualidade em saúde. Um indicador de segurança do paciente pode ser definido como um indicador de desempenho que busca identificar, obter informação e monitorar a ocorrência de incidentes.

Em 2002, a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dos EUA desenvolveu indicadores hospitalares de segurança do paciente (*patient safety indicators – PSI*), construídos com dados de bancos administrativos e identificados a partir de códigos da Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, com Modificação Clínica (CID-9-MC) (McDonald et al. 2002). São 20 indicadores, cujos dados são obtidos de diagnósticos secundários das internações/internamentos. Sete desses indicadores podem ser usados para avaliar a segurança em uma área geográfica. Nesse caso, os dados são provenientes dos diagnósticos principais e secundários, possibilitando a identificação das primeiras internações/internamentos e reinternações/reinternamentos em um mesmo hospital ou em hospitais diferentes. A AHRQ desenvolveu, também, uma medida composta que reúne dados de vários indicadores.

Os indicadores de segurança do paciente da AHRQ são definidos como:

indicadores da qualidade específicos que também refletem a qualidade do cuidado nos hospitais, mas focam em aspectos da segurança do paciente. Especificamente, os PSI rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde, e que são susceptíveis à prevenção, através de mudanças ao nível do sistema ou do prestador (McDonald et al. 2002).

A seguir, no Quadro 3, estão listados os indicadores desenvolvidos pela AHRQ.

Quadro 3 – Indicadores de segurança do paciente desenvolvidos pela *Agency for Healthcare Research and Quality*

Indicadores
1. Taxa de complicações da anestesia
2. Taxa de mortalidade de pacientes cirúrgicos com graves condições tratáveis
3. Número de objetos estranhos deixados no corpo durante a prestação de cuidados cirúrgicos ou clínicos*
4. Taxa de infecção relacionada a cateter venoso central
5. Taxa de deiscência de ferida pós-operatória*
6. Taxa de desordem fisiológica e metabólica pós-operatória
7. Taxa de embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatórias*
8. Taxa de falência respiratória pós-operatória
9. Taxa de fratura de quadril/fratura de anca pós-operatória
10. Taxa de hemorragia ou hematoma pós-operatórios*
11. Taxa de óbitos em Grupos Diagnósticos Homogêneos (GDH) Relacionados (DRGs)** de baixa mortalidade
12. Taxa de pneumotórax iatrogênico*
13. Taxa de puncionamento ou laceração acidental*
14. Taxa de sépsis pós-operatória
15. Taxa de úlceras por pressão
16. Número de reações transfusionais*
17. Taxa de lesões no neonato (trauma no nascimento)
18. Taxa de trauma obstétrico em partos vaginais com instrumentação
19. Taxa de trauma obstétrico em partos vaginais sem instrumentação
20. Indicador de segurança do paciente composto (composição de PSIs selecionados)

Fonte: AHRQ (2013).

* Indicadores também utilizados na avaliação de uma área geográfica.

** DRG – Diagnosis Related Groups: sistema de classificação de pacientes internados em hospitais que atendem casos agudos, desenvolvido nos EUA.

A partir do trabalho da AHRQ, outros indicadores de segurança do paciente foram desenvolvidos (Gouvêa, Travassos 2010). Dentre essas iniciativas, destaca-se o projeto europeu de desenvolvimento de indicadores de segurança do paciente da *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) e o Projeto *Safety Improvement for Patients in Europe* (SimPatIE) (McLoughlin et al. 2006; Kristensen et al. 2009).

O trabalho da AHRQ influencia muito a seleção de indicadores de outras agências internacionais em função, particularmente, de sua validade mais bem estudada em inúmeras pesquisas. A generalização desses indicadores tem a ver com a adaptação para a CID 10ª Revisão utilizada em vários países, inclusive no Brasil e em Portugal (Quan et al. 2008). Também tem estimulado o desenvolvimento de pesquisas que avaliam sua aplicabilidade nas bases de dados de tipo administrativo de diferentes países e a possibilidade de comparações internacionais (Drösler et al. 2009). Em Portugal, dados sobre 17 indicadores de segurança da AHRQ, no período de 2000 a 2005, foram utilizados para avaliar o Sistema Público de Saúde (Rocha et al. 2008). Os resultados mostraram taxas mais baixas em Portugal, o que poderia estar refletindo diferentes processos de codificação diagnóstica, entre outros fatores.

No Brasil, a possibilidade de uso dos indicadores de segurança do paciente da AHRQ é limitada pelo baixo preenchimento do diagnóstico secundário previsto na base de dados de tipo administrativo do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) (Lobato et al. 2008).

Na atualidade, observa-se que o conjunto de indicadores mais utilizados pelas organizações de saúde tem abrangido resultados, práticas e processos específicos em áreas em que a ocorrência de problemas na segurança é mais frequente. Por exemplo, indicadores relacionados:



à prescrição e administração de medicamentos;



às infecções associadas aos cuidados de saúde;



aos procedimentos cirúrgicos e processos para garantir cirurgias seguras;



a eventos específicos como quedas e úlceras por pressão em diferentes setores de cuidados, entre outros.

Fonte: Ragesoss (2008), Pandora (2011), Mutter (2010).

Para refletir

Sua organização utiliza algum tipo de indicador para avaliar a segurança do paciente? Quais?

No caso de resposta positiva, que tipo de ações são implementadas para alcançar melhorias?

Em caso de resposta negativa, a que você atribui a ausência desse tipo de avaliação?



Para aprofundar esses pontos, sugere-se a consulta dos websites das instituições referidas: www.dgs.pt; www.acss.pt; www.ers.pt

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde e a Entidade Reguladora da Saúde (nomeadamente por meio do projeto SINAS Hospitais) têm desenvolvido e implementado programas de avaliação de indicadores de desempenho, de qualidade de cuidados e de segurança do paciente.

O recente Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado pelo Ministério da Saúde brasileiro, orienta a adoção de indicadores de monitoramento incluídos nos protocolos definidos:

- * protocolo para cirurgia segura;
- * protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde;
- * protocolo para prevenção de úlcera por pressão;
- * protocolo de identificação do paciente;
- * protocolo de prevenção de quedas; e
- * protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (Brasil 2011).

No Quadro 4, a seguir, estão descritos os indicadores previstos no PNSP.

Quadro 4 – Indicadores de segurança do paciente propostos no Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil)

PROTOCOLO PARA CIRURGIA SEGURA
<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado. • Número de cirurgias em local errado. • Número de cirurgias em paciente errado. • Número de procedimentos errados. • Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco. • Taxa de adesão à Lista de Verificação de Cirurgia Segura.

Quadro 4 – Indicadores de segurança do paciente propostos no Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil) (cont.)

PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE
<p>Indicador obrigatório</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia. • Consumo de sabonete: monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia. <p>Indicador recomendável</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentual de adesão: número de ações de higiene das mãos realizadas pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100.
PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO - UPP
<ul style="list-style-type: none"> • Percentual de pacientes submetidos à avaliação de risco para UPP na admissão. • Percentual de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para UPP. • Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP5. • Incidência de UPP.
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão. • Número de quedas com dano. • Número de quedas sem dano. • Índice de quedas [(n. de eventos / n. de paciente-dia)*1.000].
PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente. • Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde.
PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de erros na prescrição de medicamentos.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2011).

Para praticar

Classifique os indicadores propostos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente de acordo com a tríade de Donabedian (1988).

Ao se utilizarem indicadores de segurança do paciente, alguns aspectos devem ser considerados. A escassa validade de alguns indicadores implica análises pouco fidedignas. Muitos indicadores de estrutura e processo carecem de evidência científica robusta que os vinculem aos resultados alcançados. As fontes de dados dos indicadores de segurança do paciente são, principalmente, os sistemas de notificação de incidentes, os prontuários dos pacientes/processos clínicos e as bases de dados administrativos. Essas fontes de dados podem, em função de baixo registro, falsear a frequência de incidentes. A ocorrência de incidentes, geralmente pouco notificados pelo receio de ações punitivas, pode rotular, de forma equivocada, as organizações com melhores sistemas de notificação de incidentes, como de “baixa qualidade”, em virtude de suas inesperadas “taxas elevadas” (Pronovost et al. 2006). De modo semelhante, muitos incidentes também não são registrados nos prontuários/processos clínicos. Quanto às bases de dados administrativos, embora representem uma fonte com grande volume de dados, é limitada em sua capacidade de identificar e descrever incidentes relacionados à qualidade e segurança do paciente.

Por via de regra, é comum não haver dados disponíveis de boa qualidade para avaliar os cuidados prestados. A fim de atenuar essa situação, a Organização Mundial de Saúde (WHO 2010) propõe cinco métodos de avaliação de incidentes para ambientes hospitalares em que os dados disponíveis são de baixa qualidade, nomeadamente:

Os cinco métodos: A revisão retrospectiva de prontuários/processos clínicos.

A revisão de prontuários/processos clínicos abertos (de pacientes que estão sendo assistidos).

Entrevistas com a equipe de profissionais de saúde sobre pacientes internados.

Observação direta e entrevistas.

Grupos nominais.

Vários países da Europa decidiram que a base dos seus programas de avaliação e melhoria de qualidade de segurança assentaria, em parte, na definição, análise, monitorização e avaliação de indicadores. São deles exemplo a Holanda, Alemanha, Suécia, Dinamarca, para referir apenas alguns.

Para refletir

Em sua organização, existem indicadores de estrutura (por exemplo, número de enfermeiros por leito/cama), processo (por exemplo, taxa de prescrição de betabloqueador na alta hospitalar) e resultado (por exemplo, taxa de mortalidade hospitalar) para monitorar a qualidade dos cuidados prestados? Quais são os mais utilizados para ações de melhoria da qualidade?

Como você os classificaria com relação às dimensões da qualidade?

Como você avalia os dados disponíveis em sua organização? Seriam fontes confiáveis/fiáveis para avaliação?

Em caso negativo, que fatores você acredita serem determinantes para esse quadro? O que poderia ser feito para melhorá-lo?

Indicadores e dimensões da qualidade também foram tratados no Capítulo 1, Qualidade do cuidado em saúde, do livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*.

Considerações finais

Independente do ambiente de cuidado, é importante que a seleção de indicadores de segurança do paciente dê prioridade àqueles com comprovada evidência científica, que eles estejam relacionados a situações com impacto sobre a saúde e segurança dos pacientes e possam ser influenciados por ações do sistema de saúde. E, sem dúvida, deve-se considerar a qualidade dos dados disponíveis e os custos envolvidos para a obtenção desses ou de novos dados.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES). Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2013.

Agency for Healthcare Research and Quality. Patient safety indicators technical specifications. Version 4.5. Rockville (MD): ARHQ; 2013 [citado 2014 Jul 29]. Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx.

Brasil, Ministério da Saúde. Protocolos básicos de segurança do paciente. Brasília, DF: MS; 2011 [citado 2014 Ago 2]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=43104&janela=.

Chassin et al. Accountability measures to promote quality improvement. *Engl J Med*. 2010 Nov 11; 363:1975-76.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988 Sep;260(12):1743-48, Sept. 1988.

Drösler SE, Klazinga NS, Romano PS et al. Application of patient safety indicators internationally: a pilot study among seven countries. Int J Qual Health Care. 2009 Aug;21(4):272-8.

Gouvêa CSD. Desenvolvimento de indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.

Gouvêa CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública. 2010 Jun;26(6):1061-78.

Loeb G; Reichenheim ME, Coeli CM. Sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde (SIH-SUS): uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh(D). Cad. Saúde Pública. 2008;24(3):606-14.

Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Health Care. 2003;15:523-30.

McDonald KM, Romano PS, Geppert J, et al. Measures of patient safety based on hospital administrative data - the patient safety indicators. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. (Technical reviews, no. 5.).

McLoughlin V, Millar J, Mattke S, Franca M, Jonsson PM, Somekh D, et al. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. Int J Qual Health Care. 2006; 18(Suppl 1):14-20.

Pandora N. Ficheiro:Streptococcus agalactiae.jpg. Wikipedia, 2011 [citadp 2014 Jul 29]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Streptococcus_agalactiae.jpg.

Pronovost PJ, Miller MR, Wachter RM. Tracking progress in patient safety: an elusive target. JAMA. 2006;296(6):696-9. doi:10.1001/jama.296.6.696.

Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med. 2006 Dec 28;355(26):2725-32.

Quan H, Drösler S, Sundararajan V et al. Adaptation of AHRQ Patient Safety Indicators for Use in ICD-10 Administrative Data by an International Consortium. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. Advances in patient safety: new directions and alternative approaches. Rockville (MD): AHRQ; 2008. vol. 1: Assessment.

Regesoss. Ficheiro:Regular strength enteric coated aspirin tablets.jpg. Wikipedia, 2008 [citado 2014 Jul 29]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Regular_strength_enteric_coated_aspirin_tablets.jpg.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, DF: RIPSA; 2002.

Rocha A, Santos A, Cardoso C et al. Patient safety indicators in Portuguese hospitals: a way to improve healthcare. Porto: Faculdade de Medicina; 2008. Disponível em: http://medicina.med.up.pt/im/trabalhos07_08/www/t22/Site%20Class%202022/index.htm.

Soller SAL, Regis Filho GI. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. Rev. Adm. Pública. 2011;45(3):591-610.

Souza RC, Pinheiro RS, Coeli CM de et al. Aplicação de medidas de ajuste de risco para a mortalidade após fratura proximal de fêmur. Rev. Saúde Pública. 2007;41(4):625-31.

Kristensen S, Mainz J, and Bartels P. Selection of indicators for continuous monitoring of patient safety: recommendations of the project 'safety improvement for patients in Europe'. Int J Qual Health Care. 2009;21(3): 169-75. doi:10.1093/intqhc/mzp015.

World Health Organization. Assessing and tackling patient harm: a methodological guide for data-poor hospitals. Geneva: WHO; 2010.

6. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente

Antonio Sousa-Uva e Florentino Serranheira

Considere situações de risco como a mobilização de pacientes, a administração de medicação e as infecções associadas aos cuidados de saúde.

Quais os elementos, em cada situação de trabalho, que justificam as relações entre a segurança do paciente e a segurança do prestador de cuidado? Como prevenir o erro e o evento adverso nessas situações?

Neste capítulo, pretende-se dar resposta às seguintes questões:

- * Será que as condições de trabalho e a atividade dos profissionais de saúde podem contribuir para maior ocorrência de erros relacionados com a prestação de cuidados de saúde e eventos adversos?
- * Em caso afirmativo, qual a sua importância relativa nessas ocorrências?



Procure saber mais sobre essas questões no texto: Serranheira F, Uva AS, Sousa P, Leite ES. Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda. Saúde Trab. 2009;7:5-29.

Relações entre a segurança do paciente e a saúde do trabalhador

Tudo leva a crer que as relações entre a segurança do paciente e a saúde do trabalhador da área de saúde influenciam os resultados em saúde, concretamente (AHRQ 2003):

- * na organização do trabalho, por exemplo, o *staff* e os fluxos de trabalho podem influenciar a taxa de erros e a ocorrência de incidentes (entre outros, as infecções nosocomiais, as úlceras por pressão e as quedas);
- * na existência de mecanismos de diminuição das interrupções e das distrações que reduzem a incidência de erros; e

- ✿ por existirem menos complicações evitáveis em procedimentos técnicos complexos, quando os profissionais de saúde os praticam frequentemente.

Para relembra esse tema, releia o Capítulo 3, Taxonomia em segurança do paciente, do livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*.



Para ajudá-lo a responder a essa questão, é importante que leia os artigos:

- Serranheira F, Uva AS, Sousa P, Leite ES. Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: duas faces da mesma moeda. *Saúde Trab.* 2009;7:5-29.
- Serranheira F, Uva AS, Sousa P. Ergonomia hospitalar e segurança do doente: mais convergências que divergências. *Rev Port Saúde Pública.* 2010;Vol Temat(10):58-73.

Situação de trabalho é o sistema que engloba o trabalhador, o posto de trabalho e a organização em que esse posto se integra.

Sistema representa as componentes físicas, cognitivas e organizacionais com as quais a pessoa interage. Assim, sistema pode ser uma tecnologia ou um instrumento; um trabalhador, uma equipa ou uma organização; um processo, uma orientação política ou uma diretriz; pode ser até todo o envolvimento físico e/ou organizacional (Carayon 2007).

A taxonomia utilizada em segurança do paciente inclui, no conceito de incidente, as seguintes situações: circunstâncias notificáveis; *near misses*; incidentes sem danos; e eventos adversos (também denominados incidentes com dano). É importante referir, nesse contexto, que as denominações utilizadas em saúde do trabalhador e ergonomia não são idênticas. Apenas a título de exemplo, um incidente com dano denomina-se acidente de trabalho (ou doença profissional). Na terminologia utilizada em segurança do paciente, atualmente, não é utilizado o termo “acidente”.

A interdependência entre a saúde do trabalhador, a ergonomia e a segurança do paciente está de tal modo presente que é difícil conceber intervenções para a prevenção de incidentes que não envolvam esses temas e não considerem a perspetiva sistémica nesse contexto. Serão a saúde do trabalhador e a segurança do paciente “duas faces da mesma moeda”?

A segurança do paciente é uma área de grande importância no contexto da prestação de cuidados de saúde em hospitais e outras organizações de saúde. Um dos seus principais objetivos é a eliminação de quaisquer incidentes envolvendo (ou não) dano para o paciente.

A distinção efetuada por Rasmussen e outros (Rasmussen, Pedersen 1984; Reason 1990) entre **condições latentes** (*latent conditions*) e **falhas ativas** (*active errors*) é fundamental para se entender, realmente, tais situações (incidentes com ou sem dano). Sem a compreensão sistémica da **situação de trabalho**, torna-se difícil a análise da cadeia de acontecimentos que pode resultar num efeito adverso (Uva, Graça 2004; Uva 2006), limitando a opção pelas abordagens mais adequadas de gestão desses riscos, no intuito da sua prevenção.

As **falhas ativas** ou **erros**, designadamente as **falhas**, os **lapsos** e os **enganos**, são sentidos, quase no imediato, nos sistemas complexos (como são os hospitais) e resultam, no essencial, da interação entre o homem e seu “objeto de ação” (atividade de trabalho). No entanto, as **condições latentes** são um conjunto de elementos que se encontram **dispersos no sistema** (entre outros, as condições externas, a gestão, o envolvimento físico, o ambiente social e a interface homem-sistema) e estão frequentemente “invisíveis” nesse mesmo sistema (determinantes do trabalho). No decurso da prestação de cuidados de saúde, esses elementos podem tornar-se evidentes, por combinação com outros ou por simples casuali-

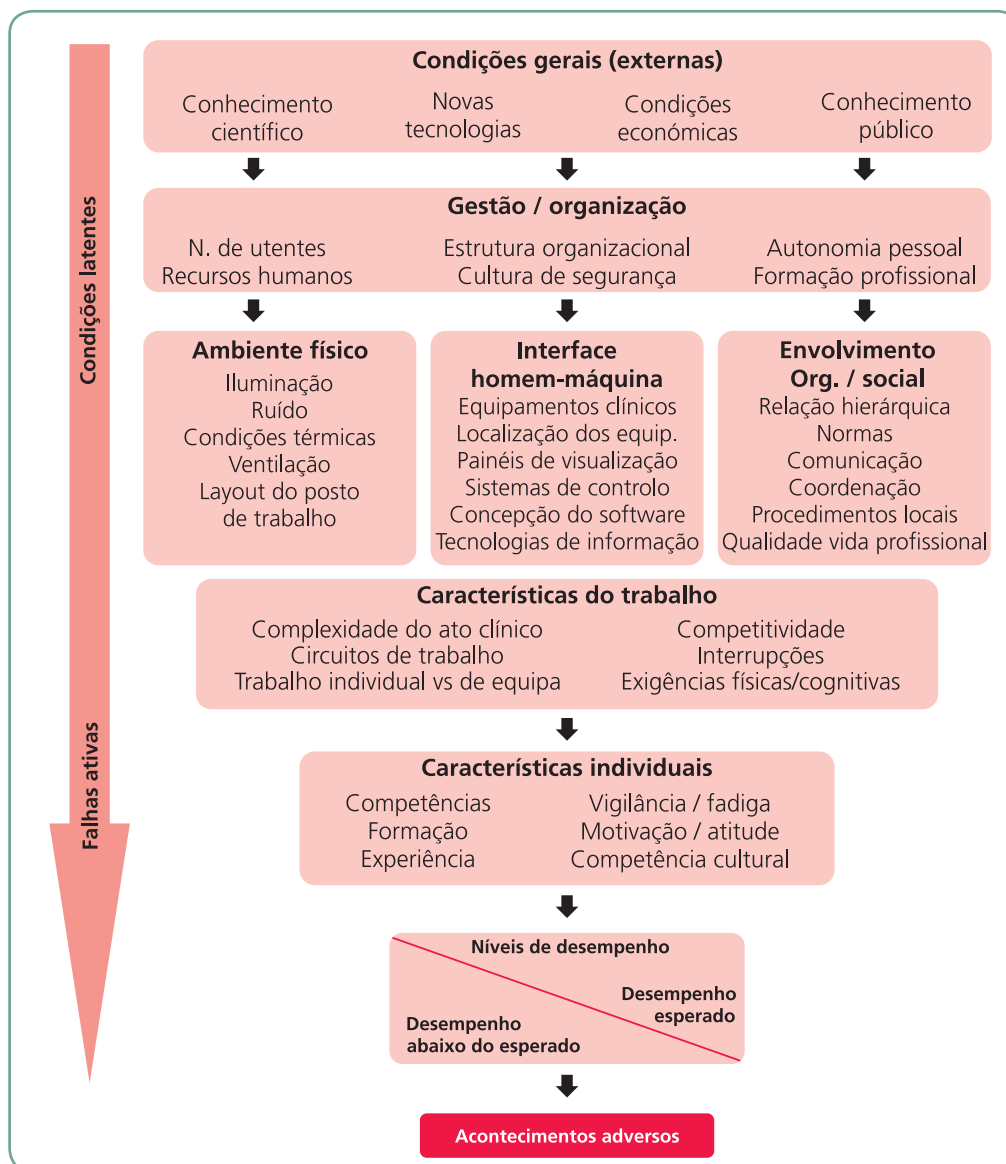
dade, e “romper” as defesas existentes no referido sistema. É essa cadeia de acontecimentos que está quase sempre presente na origem dos erros, da qual podem resultar incidentes que afetam, num contexto concreto, a segurança dos pacientes.

Esses conceitos já foram vistos no livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*, Capítulo 4, O erro e as violações no cuidado em saúde.

A complexidade dos serviços de saúde

Os serviços de saúde e a prestação de cuidados de saúde envolvem sistemas de grande complexidade (Figura 1) com, também complexas, interdependências e interatividade a diversos níveis (Henriksen et al. 2008).

Figura 1 – Factores contributivos para a existência de acontecimentos adversos na prestação de cuidados de saúde



Fonte: Adaptado de Henriksen et al. (2008).

Para refletir

Analise, a partir de uma perspectiva sistêmica, que factores (condições latentes) influenciam o desempenho dos profissionais de saúde da organização em que você trabalha e podem ocasionar erros na prestação de cuidados (falhas ativas), determinando desempenho abaixo do esperado e ocorrência de eventos adversos (evitáveis).

A compreensão das situações que frequentemente determinam desempenhos inferiores ao planeado/planejado (ou erros) e podem originar incidentes pressupõe o conhecimento de várias componentes das situações de trabalho. Destacam-se entre esses determinantes:

- * **As características individuais e/ou sociais dos intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde.** Características como a idade, o género, a formação e a experiência profissional dos profissionais de saúde (Henriksen et al. 1993) ou outros aspetos como seu envelhecimento e as decorrentes alterações que podem ter na execução da sua atividade de trabalho.
- * **As situações de trabalho em que existe frequentemente erro humano, em especial os lapsos e os enganos, com os inerentes incidentes e/ou acidentes no desempenho clínico** (Reason 1993). Sua ocorrência está relacionada fundamentalmente com desvios de normas (trabalho prescrito) e a existência de situações clínicas novas, ou de elevada complexidade, que determinam uma sobrecarga de trabalho em relação ao cognitivo e/ou físico.
- * **As interfaces desadequadas entre o trabalhador da saúde e os dispositivos técnicos (ou outra tecnologia)** frequentemente presentes, por exemplo, nos equipamentos utilizados na prestação de cuidados, na sua forma e/ou cor, constituição (*design*), ou nos *softwares* desenvolvidos e na sua utilização (ou o anglicismo “usabilidade”). Essa desadequação pode envolver as sequências de utilização ou, por exemplo, o respetivo processo de visualização.
- * **As situações estruturais** resultantes, entre outras, da errada conceção/concepção dos espaços de trabalho, da má organização dos circuitos de trabalho, da incorreta disposição e implantação dos equipamentos ou dos fluxos de trabalho.
- * **Os disfuncionamentos organizacionais e/ou de gestão** assentes em diversos aspetos destacando-se, entre outros:
 - a formação dos profissionais de saúde;
 - as elevadas (ou desfasadas) exigências organizacionais;

- as reduzidas equipas de trabalho;
- o excessivo número de pacientes observados ou tratados;
- a carência de recursos humanos disponíveis para as funções;
- a falta de empenho e motivação dos profissionais;
- os horários de trabalho (por exemplo, consecutivos e por turnos/plantões) e;
- as dificuldades em estabelecer (ou fornecer) os melhores meios de comunicação.

A perspetiva antropotécnica na segurança do paciente

A prestação de cuidados de saúde tem tendência para um substantivo crescimento, desde logo relacionado com o envelhecimento da população, associado a importantes oscilações no número de prestadores de cuidados, o que pode determinar a necessidade de repensar a organização dessa prestação, sob pena de o sistema poder não dar resposta às solicitações da procura de cuidados.

Diversas estratégias de ação podem ser encaradas num contexto desse tipo, e, entre elas, a aposta nos princípios de (re)conceção/concepção dos **sistemas sociotécnicos** e/ou **antropotécnicos** pode constituir o elemento de diferença. No essencial, a “reinvenção” dos sistemas de saúde deve ter por base a necessidade de reconhecer a existência de desarmonias nas interfaces entre a pessoa e o sistema, por exemplo, no âmbito do *design*, dos *layouts*, dos equipamentos, dos instrumentos e dos meios e formas de comunicação. A complexidade intrínseca das atividades desempenhadas e a frequente elevada carga de trabalho (física e mental) dos profissionais de saúde poderão determinar algumas dificuldades em conciliar as características e as capacidades dos profissionais de saúde e o ambiente (hospitalar), incluindo o ambiente organizacional.

É por isso que os mecanismos e os processos de prestação de cuidados de saúde devem ser concebidos em função das características concretas dos sistemas complexos, como é o caso dos hospitais e outras organizações de saúde. Tal torna interdependente a conceção/concepção, disposição, organização dos componentes estruturais e as características concretas das pessoas que, nesse contexto, desempenham sua atividade. Assim, os serviços de saúde e os hospitais são sistemas sociotécnicos em que os resultados (ou “*outcomes*”) decorrem da definição de processos que determinam as formas de interação entre as pessoas e a tecnologia (no seu sentido mais lato).

Antropotécnico é o sistema que seleciona e utiliza a tecnologia (equipamentos ou utensílios e outras ferramentas) numa estrutura organizacional que respeita as características específicas do trabalhador.

Sociotécnico é o sistema que engloba as relações entre a tecnologia e as pessoas, tendo sido, inicialmente, usado como sinónimo da interação entre o operário e a máquina.

A conceção/concepção dos sistemas complexos (determinante da “estrutura”) e sua organização (determinante dos “processos”) são impossíveis de imaginar se forem avaliadas de forma independente do trabalho real, isto é, da forma de interação entre os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares...), os restantes componentes organizacionais e técnicos (ou tecnológicos) e o paciente.

A atividade real de trabalho dos profissionais de saúde é, portanto, uma resposta às exigências organizacionais, num envolvimento físico de trabalho determinado, com os meios técnicos colocados à disposição, considerando as características do paciente e, igualmente, as capacidades e limitações do próprio profissional de saúde.

Na prática, o primeiro elemento de suporte à prevenção de problemas, no contexto da segurança do paciente e da saúde do trabalhador, é um eficiente e efetivo planeamento/planejamento estrutural, designadamente em relação ao *design* hospitalar, da definição de circuitos e da implantação e disposição de equipamentos (Uva, Serranheira 2008), integrado num sistema participativo de todos os envolvidos, que se beneficia com o apoio da ergonomia.

Atividade de trabalho: o que as pessoas fazem durante a realização do seu trabalho.

A **atividade de trabalho** na prestação de cuidados de saúde é uma resposta individual, num determinado momento, a um conjunto de condicionantes internas (características, capacidades e limitações dos profissionais de saúde) e externas (envolvimento físico, organizacional, tecnológico, social...), cujos efeitos podem incluir o erro e o conseqüente efeito adverso ao paciente.

A ergonomia (também denominada factores humanos e engenharia humana), de facto, pode contribuir para a segurança do paciente, entre outros, por meio de intervenções no âmbito:

Intervenções

da conceção do *design* dos postos e locais de trabalho;

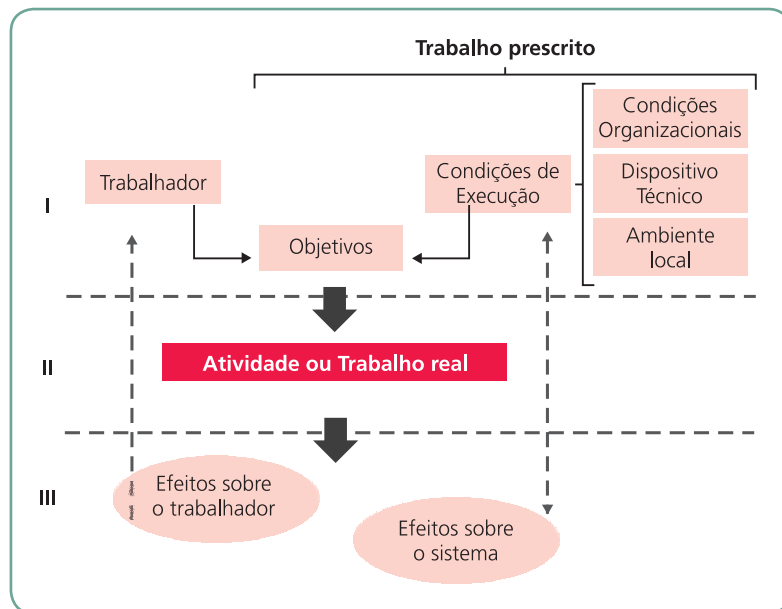
dos processos e organização hierárquica, temporal e relacional do trabalho;

da seleção dos equipamentos e sua implantação; assim como

da participação na formação dos profissionais de saúde.

A visão inicial da ergonomia foi a da antropometria, da biomecânica e da fisiologia como suporte das relações homem-máquina, sendo o homem mais “uma componente” que a máquina deveria respeitar. Tratava-se, no essencial, da perspectiva da *Human Factors* – ou Factores Humanos – que se mantém presente na atual corrente de ergonomia com origem nas engenharias e desenvolvida, principalmente, nos Estados Unidos da América. Ao mesmo tempo, com o início das correntes da psicologia ergonômica (abordagem francófona), designadamente com Ombredanne e Faverge e sua inigualável obra “*Analyse du travail*” (Ombredanne, Faverge 1955), nasceu outra corrente da ergonomia, designada apenas *Ergonomics*. Essa corrente propôs uma nova metodologia sistémica e integrada de análise do trabalho, como um instrumento essencial para a compreensão desse trabalho na sua globalidade (Figura 2). Na perspectiva desses autores, tal abordagem permitia a integração e a compreensão dos diversos elementos e factores implicados e em interação numa situação de trabalho, visando à emergência de novas ideias, soluções ou possibilidades, no sentido da transformação do trabalho e da sua adaptação à pessoa.

Figura 2 – Modelo de análise da situação de trabalho



Fonte: Adaptado de Leplat, Cuny (2005).

Atualmente, observa-se uma tentativa de interligação dessas correntes – *Human Factors and Ergonomics* (HFE) –, ainda que se mantenham perspectivas díspares, com diferentes objetivos e metodologias, quer de análise, quer de intervenção.

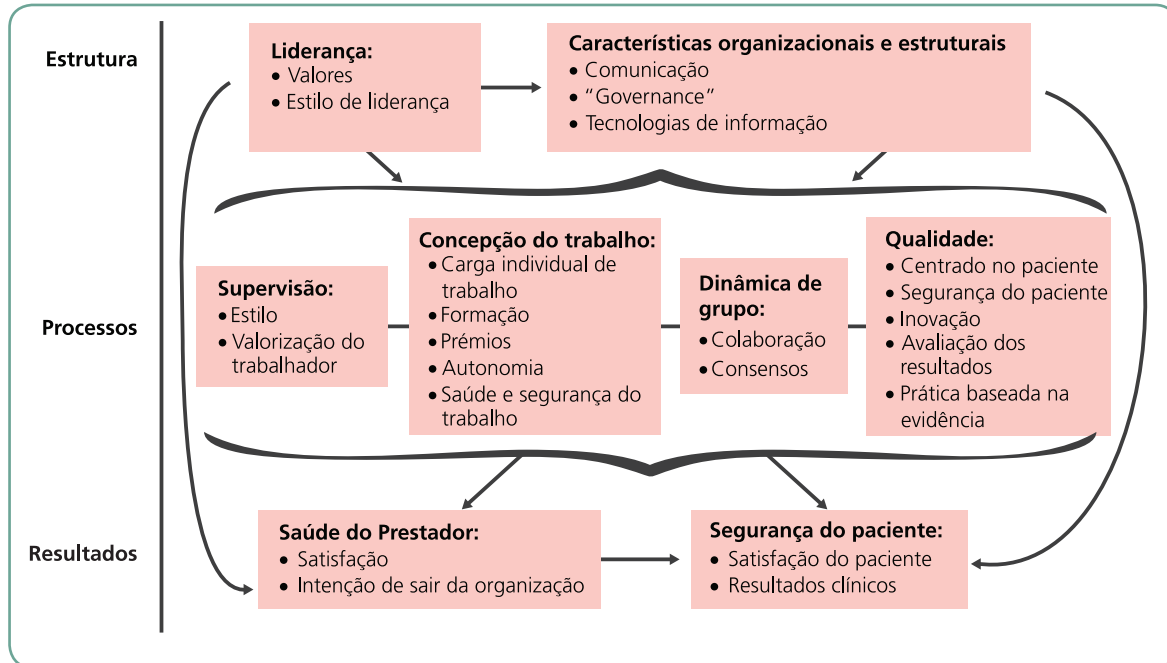
A ergonomia de base normativista (*Human Factors*) é integrada, de forma mais fácil, por outras disciplinas como a arquitetura, o *design* ou a segurança do trabalho, visto fornecer dados para uma conceção/concepção destinada ao público, enquanto a ergonomia da atividade (*Ergonomics*) se centra sobre casos concretos e, por consequência, é menos “portátil” para outras áreas de conhecimento. A ergonomia objetiva, no essencial, a adaptação do trabalho (suas condições e exigências) à pessoa (IEA 2000).

O ambiente e condições de trabalho hospitalares, quando comparados com outros sectores produtivos, designadamente a indústria, apresentam considerável conjunto de circunstâncias, oportunidades e desafios para a ergonomia. De facto, é do conhecimento geral que o trabalho em meio hospitalar, assim como em outras unidades de saúde, apresenta diversas peculiaridades. Trata-se, como já se referiu, de um meio com elevada complexidade (física, tecnológica, instrumental), com constante pressão temporal e substancial tensão relacionada à prestação dos melhores cuidados possíveis. Inclui-se, nesse contexto, entre outros, a diversidade (e variabilidade) humana; a prevalência do sexo feminino; o progressivo envelhecimento dos profissionais; as elevadas exigências físicas; o trabalho emocional; o trabalho noturno e por turnos/plantões. Para além desses factores, importa destacar, igualmente, os aspetos organizacionais do trabalho hospitalar, em particular os aspetos hierárquicos e relacionais entre profissionais de saúde.

Apesar de o tema “melhoria das condições de trabalho em meio hospitalar” ser reconhecidamente importante, a ergonomia, na área dos hospitais (ergonomia hospitalar e em outras organizações de saúde), dá ainda os primeiros passos. Nesse contexto, são pouco divulgados os contributos/colaborações que podem trazer para os profissionais de saúde, para os pacientes, para a organização dos serviços e a administração dos hospitais.

O envolvimento físico hospitalar tem um efeito substantivo na segurança de pacientes e na saúde e, ainda, na segurança de profissionais de saúde (Figura 3). Apesar disso, paradoxalmente os hospitais continuam a não ser concebidos com o objetivo explícito de promover a segurança do paciente e dos profissionais de saúde, principalmente por meio de investimentos na melhoria da sua implantação, *design* e funcionalidade. Os hospitais são, de facto, concebidos, de maneira essencial, em função da “estrutura” e do “processo” e menos nos resultados (e ainda menos em aspetos pouco valorizados, como a saúde e segurança do trabalho).

Figura 3 – Modelo integrado das condições de trabalho da prestação de cuidados de saúde e o clima organizacional e segurança



Fonte: Adaptado de Stone et al. 2005.

Entre outros, os seguintes aspetos de *design* ergonómico em hospitais e serviços hospitalares deveriam ser implementados (Serranheira et al. 2010):

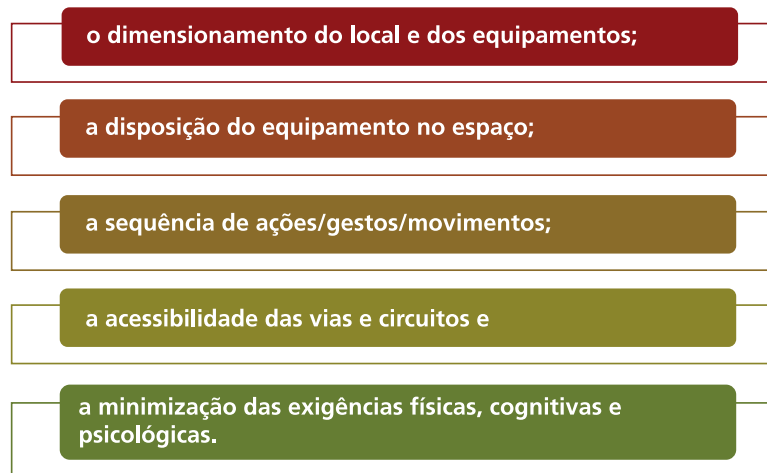
- * Garantir a flexibilidade e a adaptabilidade do sistema – quer a pacientes, quer a profissionais – no sentido da prevenção das condições latentes e das falhas ativas (Reiling et al. 2004) com base em processos de conceção/concepção sistémicos, que apostem na antecipação, identificação, prevenção do erro e cultura organizacional de segurança.
- * Automatizar e normalizar procedimentos e processos, de acordo com o conhecimento científico na área específica.
- * Criar facilidade de acesso e visualização do paciente – quer se trate de um serviço de urgência, quer de outro serviço hospitalar (Reiling, Chernos 2007). O *layout* dos serviços deve considerar fundamental que os profissionais de saúde tenham contacto visual permanente com os pacientes sob seus cuidados.
- * Integrar as características e capacidades – quer dos profissionais de saúde (por exemplo, idade, sexo, morfotipo), quer dos pacientes. O contributo/colaboração para a redução da fadiga (física e mental), o trabalho noturno e por turnos/plantões e, por vezes, os longos períodos de trabalho consecutivo, com substantivas exigências, são bons

exemplos da necessidade de tê-los em conta na conceção/concepção do trabalho hospitalar (Gaba, Howard 2002; Jha et al. 2001).

Todos os aspetos determinantes da saúde do paciente ou dos profissionais de saúde devem ser observados de forma sistémica e integrada. Por exemplo, a queda do paciente de uma maca, da qual resultou uma fratura do colo do fémur, determina a identificação das suas causas, que pode ser incompleta se apenas se considerar a inadequação dos equipamentos (dispositivo técnico) ou sua má utilização (erro humano). De facto, uma perspetiva sistémica poderá identificar aspetos organizacionais, como os recursos humanos presentes no serviço, com a atribuição de responsabilidades na vigilância dos pacientes em maca e, até mesmo, a carga de trabalho existente nesse período (manhã, tarde ou noite), que poderão ser determinantes na sua árvore causal.

Só por meio da análise da situação real, integrando sua complexidade e suas interdependências e, no caso em apreço, agregando as características dos prestadores de cuidados e dos pacientes, será possível detetar e prevenir os factores causais do incidente.

Nesse contexto, a adequação do posto de trabalho não deve ser vista apenas como um simples elemento de conforto, mas sim uma condição indispensável, um meio imprescindível ao trabalho, com potenciais repercussões na segurança do paciente, devendo contemplar para tal, entre outros:



É, portanto, indispensável que exista uma adequação do posto de trabalho às características dos trabalhadores. Por exemplo, no que concerne aos planos de trabalho, designadamente do alcance (a colocação de equipamentos ou de sistemas de apoio ao paciente deve privilegiar os limites antropométricos dos profissionais de saúde) e das posturas de trabalho (as posturas de trabalho devem ser concebidas no sentido do conforto e da adequação à natureza da atividade, permitindo que as exigências sejam harmoniosas com as capacidades dos profissionais de saúde).

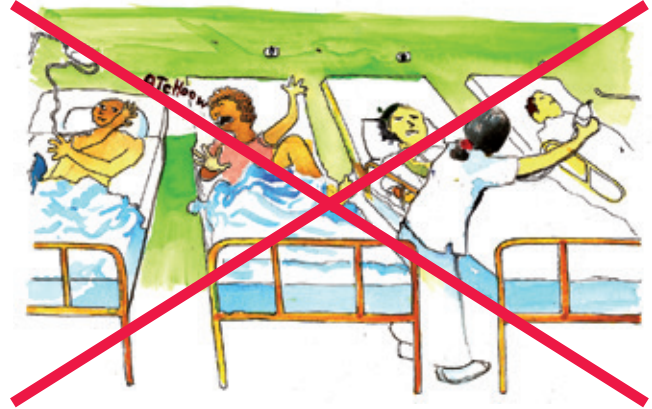
Um exemplo de adequação imprescindível é o posto de trabalho de enfermagem numa enfermaria. Deve ser ajustável aos utilizadores masculinos, femininos, de diferentes percentis e permitir trabalhar preferencialmente sentado, mantendo o contacto visual da enfermaria. Deve, igualmente, promover a movimentação e a alternância de gestos e posturas, incluindo sistemas de ajustabilidade às posições ortostática e sentada.

Um percentil é uma medida da posição relativa de uma unidade observacional em relação a todas as outras (%).

A conceção/concepção de espaços, locais e circuitos de trabalho em hospitais deve partir das exigências concretas da atividade de trabalho e das características dos trabalhadores para ser harmoniosa e garantir aspetos como a segurança do paciente e do prestador.

A conceção/concepção deve partir do interior para o exterior, isto é, do local de trabalho, do espaço funcional e do circuito determinando a volumetria exterior do edifício.

A conceção/concepção, o *design* e a implantação de mobiliário e equipamento nos locais de trabalho são alguns dos principais aspetos que influenciam a interação harmoniosa entre o trabalhador, esses equipamentos (de saúde e de apoio) e o sistema de prestação de cuidados de saúde (Wickens et al. 2004). Destacam-se, nesse contexto, para a otimização dos espaços e postos de trabalho, entre outros, a necessidade de identificar o espaço livre, a acessibilidade de profissionais e pacientes, a sequência da atividade real e a margem de manobra dos profissionais de saúde, cujos aspetos previstos, frequentemente (quase sempre), são distintos da realidade. Devem existir zonas livres de acesso às camas/leitos, zonas de circulação, entre outros aspetos dimensionais do espaço de trabalho, não apenas para garantir a acessibilidade, como também para, por exemplo, diminuir a probabilidade de infeção relacionada com a prestação de cuidados de saúde.



Entre as situações mais frequentes (condições latentes) na origem de erros surgem, por exemplo, os equipamentos, cuja interação não é sequencial ou lógica, os *écrans* de visualização (ou *displays*) fora da zona de conforto visual dos utilizadores, a impossibilidade de observação da zona de trabalho médica ou de enfermagem dos quartos e dos pacientes e a ausência de sistemas de informação próximos dos pacientes.

Para refletir

Na sua organização, você percebe que houve preocupação, por exemplo, com a conceção/concepção (ergonómica) dos espaços e definição dos circuitos de trabalho? Que alterações você sugeriria se fosse possível?

Já se deparou com alguma situação em que houve risco para a segurança de algum profissional ou paciente, decorrente da conceção/concepção inadequada de equipamentos ou outros aspetos ambientais?

Outro aspeto importante relaciona-se com diversos factores da situação de trabalho. Destaca-se a carga de trabalho, que pode contribuir para a existência de fadiga nos profissionais de saúde, diminuir a fiabilidade/confiabilidade esperada e, por vezes, provocar alterações relacionadas à resiliência humana. A fadiga, em particular a fadiga resultante de longos períodos consecutivos de trabalho, em que se identificam disrupções do ritmo circadiano, há muito que foi identificada como um problema no contexto da prática clínica. Diversos estudos identificam a fadiga como uma das importantes causas das falhas, lapsos, enganos e, em geral, do erro (Reiling, Chernos 2007). Apesar disso, não é completamente conhecida a associação entre a fadiga e a ocorrência de acontecimentos (ou eventos) adversos no âmbito da segurança do paciente.

Outros elementos a considerar nesse contexto são o trabalho noturno (e por turnos/plantões) e, em certas circunstâncias, os longos períodos de trabalho contínuo associados a elevadas cargas de trabalho, frequentemente considerados no âmbito organizacional como uma inevitabilidade.

A prestação de cuidados de saúde é feita por profissionais de saúde maioritariamente competentes, que nunca são super-homens ou super-mulheres, não sendo aceitável a perspectiva baseada na culpabilização. O foco de atenção deverá ser a conceção/concepção e a implementação de sistemas que, mesmo nos limites das capacidades humanas, reduzam tendencialmente a zero (ou impeçam) a probabilidade de existência de erros nos serviços de saúde, recorrendo aos meios disponíveis (técnicos, organizacionais ou de outra natureza) para tal objetivo. E essa atenção centra-se, cada vez mais, na prevenção dos incidentes também pela aposta em programas de saúde e segurança dos profissionais de saúde (Yassi, Hancock 2005).

Relações trabalho – saúde – segurança do paciente em meio hospitalar

A prevenção das doenças profissionais adquiriu grande visibilidade em meio hospitalar nos últimos 25 anos, na sequência da identificação do agente da síndrome da imunodeficiência adquirida e da necessidade de prevenir eventuais casos de doença relacionados com a prestação de cuidados. Mais recentemente, os programas de prevenção da alergia ao látex (Uva 1997; Alves et al. 2008a; Alves et al. 2008) têm concentrado a atenção da medicina do trabalho em hospitais e outras organizações de saúde, assim como a exposição a anestésicos halogenados ou a microrganismos multirresistentes.

Também a prevenção de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) em hospitais e outras unidades de saúde tem vindo a ser implementada por meio de programas de saúde e segurança, por exemplo, na movimentação de pacientes, em que se incluem medidas centradas no envolvimento (por exemplo, zonas de trabalho espacialmente adequadas), nos equipamentos (por exemplo, implementação de sistemas de elevação mecânica de pacientes) e nos profissionais de saúde (por exemplo, formação sobre aspetos posturais e biomecânicos na manipulação de pacientes).

A profissão com maior taxa de incidência de LMELT é a enfermagem. De acordo com dados estatísticos de 2007 do *Bureau of Labor Statistics* dos Estados Unidos (US Bureau of Labor Statistics, 2009), essa taxa é

de 252 casos por 10 mil enfermeiros (taxa sete vezes superior à observada no conjunto de todos os trabalhadores). Diversos estudos referem valores ainda mais elevados (Lagerstrom et al. 1995; Engels et al. 1996; Estry-Béhar 1996; Ando et al. 2000; Fonseca, Serranheira 2006).



Assim, os profissionais e também os pacientes podem estar em risco na movimentação, verificando-se, designadamente, risco de queda e aspectos relacionados com consequências negativas oriundas da ansiedade e até da dor ou desconforto em razão dessas mobilizações.

Outro aspeto importante refere-se aos factores de risco de natureza psicossocial. O *National Institute for Occupational Safety and Health* dos Estados Unidos da América (NIOSH) define *estresse* “relacionado com o trabalho” como a resposta, física e emocional, que ocorre quando as exigências do trabalho excedem as capacidades, os recursos e as necessidades do trabalhador (NIOSH 2006). Tal não anula a influência da

personalidade do indivíduo e de outros factores individuais que afetam a avaliação, por parte de cada indivíduo, de um acontecimento como gerador de estresse (Spector 1999).

Também o *burnout* é um fenómeno complexo e específico, constituindo-se das componentes de exaustão emocional, de despersonalização e de falta de realização profissional, em que a componente de exaustão emocional é semelhante ao distresse crónico relacionado com o trabalho (Schaufeli, Enzmann 1998).

Para refletir

Você já apresentou ou conhece algum colega com alguma das condições clínicas discutidas no texto? Como lidou com essa(s) questão(ões)? Em algum momento, você acreditou que poderia(m) afetar os pacientes que dependiam do seu trabalho?

A atividade dos profissionais de saúde caracteriza-se por apresentar múltiplas exigências não só em termos físicos, mas sobretudo em termos psicológico, o que justificou, por parte do *Health and Safety Executive* (HSE 2003), a inclusão do exercício da medicina e da enfermagem entre as sete profissões mais estressantes. Um estudo que envolveu 22 mil trabalhadores de 130 profissões distintas concluiu que, entre as 27 profissões caracterizadas como as que estavam mais associadas ao estresse, 7 pertenciam ao sector da saúde (Smith 1978, citado por McIntyre 1994).

As circunstâncias indutoras de *estresse* são múltiplas e relacionam-se com aspetos organizacionais e também socioemocionais. Apesar de a responsabilidade por pessoas constituir um factor indutor de *estresse* inerente à atividade do profissional de saúde e, em determinadas circunstâncias, poder contribuir de forma significativa para a presença de estresse, a coexistência de outros factores, nomeadamente de natureza organizacional, poderá ser determinante para esse processo de estresse.

De facto, a quantidade de trabalho que cada indivíduo sente como sobrecarga e a “pressão do tempo” têm sido referidas entre as principais circunstâncias indutoras de *estresse* para os profissionais de saúde em diversos estudos (Gray-Toft Anderson 1981; McIntyre, McIntyre, Silvério 1999; McVicar 2003; Chang et al. 2006). Também os conflitos entre profissionais, os custos emocionais, a ambiguidade de papéis e muitos outros factores de natureza organizacional (como o estilo de liderança) têm sido identificados (Schaufeli 1999; McVicar 2003).

Suporte social diz respeito a inter-relações adaptativas entre o trabalhador e o meio em que se insere (a comunidade, a família ou os colegas de trabalho).

Alguns grupos profissionais, tais como os médicos em período de formação, podem trabalhar muitas horas semanais e por períodos sem descanso adequado, condicionando exigências físicas e mentais substanciais. Apesar de estarem presentes níveis de **suporte social** elevados, Fielden e Peckar encontraram uma correlação direta entre o número de horas trabalhadas e os níveis de *estresse* (Fielden, Peckar 1999).

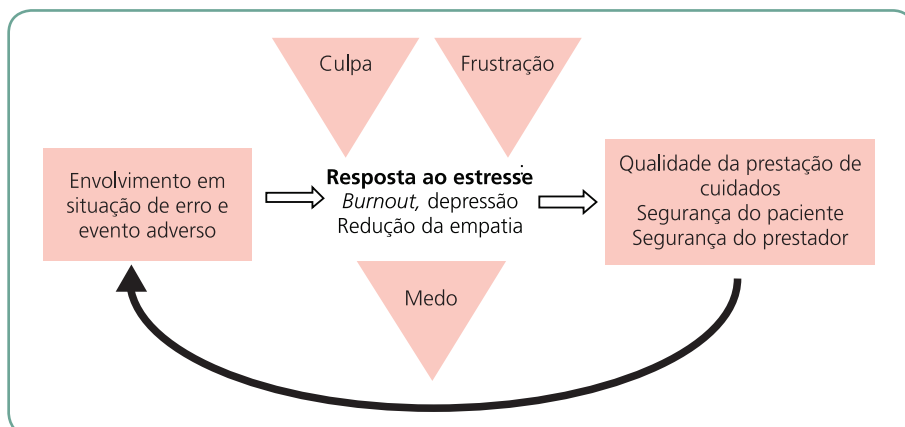
Um estudo de Shanafelt e colaboradores (Shanafelt et al. 2010) dirigido a 24.922 cirurgiões do Colégio Americano de Cirurgia, a que responderam 7.905, com média de 18 anos de prática e de 60 horas semanais de trabalho, indica que 40% dos respondentes estão em *burnout*, e 30% têm sintomas de depressão. Quase 9% indicam ter cometido um erro médico nos três meses precedentes, ainda que mais de 70% o atribuam mais a factores de natureza individual do que sistêmicos. Demonstra-se a relação entre o grau de *burnout* e o erro médico.

McIntyre e colaboradores estudaram as respostas de *estresse*, as circunstâncias indutoras de estresse e os recursos de *coping* (lidar adequadamente com uma situação) disponíveis em 62 enfermeiros de serviços de internamento/internação de cardiologia, de reabilitação e de medicina de um hospital central e relacionaram essas variáveis com sua experiência profissional. As primeiras quatro circunstâncias indutoras de *estresse* eram de natureza organizacional (sobrecarga de trabalho, deficientes condições físicas e técnicas, carência de recursos e grande número de pacientes), tendo sido classificada, apenas em quinto lugar, a incapacidade para responder às exigências emocionais dos pacientes (Mcintyre, Mcintyre, Silvério 1999).

Outros estudos (Elfering, Semmer, Grebner 2006) identificam a documentação incorreta e os pacientes violentos como estressores mais frequentes, valorizando, com o “baixo controlo no trabalho”, esses estressores profissionais como factores de risco relacionados com a segurança dos pacientes.

Também o envolvimento organizacional das organizações de saúde, a formação dos profissionais de saúde e a “cultura médica” face ao erro podem dar origem a substancial impacto emocional nos prestadores de cuidados de saúde e nos médicos, em particular (Schwappach, Boluarte 2009). O envolvimento dos prestadores em situações nas quais se verificaram erros, tem, com frequência, consequências negativas no que diz respeito ao sofrimento emocional, assim como ao desempenho, em especial nos médicos (Figura 4).

Figura 4 – Ciclo recíproco do erro, estresse emocional e futuros erros



Fonte: Adaptado de Schwappach; Boluarte (2009).

Para praticar

Os efeitos decorrentes da atividade de trabalho são evidentes, quer nos profissionais de saúde, quer na segurança do paciente.

Recorde, agora, as questões que propomos para sua reflexão logo no início do capítulo. Em seguida, refaça sua reflexão e busque uma revisão bibliográfica que dê suporte à relação entre segurança do paciente e a saúde e segurança dos trabalhadores da saúde na perspectiva sistêmica.

Diversos estudos referem que a resposta dos profissionais de saúde a um erro com consequências para seus pacientes se traduz em graves problemas emocionais, podendo tais emoções conduzir a “cicatrizes emocionais” permanentes. Em face a eventuais efeitos como *estresse* e *burnout* sobre o bem-estar, o desempenho e a saúde dos prestadores, as instituições de saúde devem assumir a responsabilidade de garantir a existência de sistemas formais (e informais) de apoio a esses profissionais de saúde.

Verifica-se, portanto, que as características estruturais, e também organizacionais, dos diferentes locais de trabalho poderão facilitar, por exemplo, a ambiguidade de papéis e os conflitos interpessoais, contribuindo também para as diferenças verificadas nos níveis de *estresse* de profissionais de saúde, nas várias unidades. A organização de cada local de trabalho condiciona a percepção/percepção dos vários factores indutores de *estresse* de natureza profissional referidos pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, factores como a sobrecarga de trabalho, as deficientes condições físicas e técnicas ou a inadequação entre recursos humanos e o número (e gravidade das situações de doença) de pacientes podem determinar situações com potenciais implicações para a segurança do paciente.

Dawson e Reid (1997) referem a tal propósito que a comparação entre a redução dos índices de *performance* ocasionada pela fadiga seria equivalente à redução provocada por uma alcoolemia de 0,8 a 1 gr/L de álcool (Dawson, Reid 1997).

Também a dimensão das equipas prestadoras de cuidados pode determinar, quando reduzidas, disfunções relacionadas, entre outros, com a administração de medicação, insuficiente vigilância de pacientes ou, por exemplo, incumprimento parcial de procedimentos relacionados com a prestação de cuidados. Constatou-se, por exemplo, que os pacientes internados em hospitais com pior taxa enfermeiro por paciente (oito pacientes por enfermeiro) têm mais 31% de risco de morrer do que em hospitais com taxa enfermeiro por paciente de quatro pacientes (Clarke, Sloane, Aiken 2002). Existe mesmo aumento de risco de *burnout* de 23% e de insatisfação profissional de 15% por cada paciente a mais do que quatro pacientes por enfermeiro.

Os recursos humanos são indispensáveis para tratar os pacientes, e, portanto, as condições em que prestam cuidados apresentam-se como decisivas para a qualidade desses mesmos cuidados, que dependem, por certo, da saúde e segurança dos prestadores (Uva et al. 2008). A importância da compreensão das causas dos erros (Leape et al. 1995; Department of Health 2003; Audit Commission 2001) passa sempre pela compreensão de elementos de saúde e segurança do trabalho dos prestadores (Kho et al. 2005). A esse propósito, são frequentemente encontradas, na língua inglesa, as afirmações: “*feeling good = doing good*” ou “*staff care = patient care*”.

Também o trabalho por turnos/plantão e o trabalho noturno podem determinar alterações do sono e da vigília que se podem repercutir, quantitativa e qualitativamente, no trabalho prestado. Uma meta-análise de vários estudos aponta para o aumento de risco de eventos adversos de mais de 18% para os turnos vespertinos e noturnos em relação aos matutinos (Folkard et al. 2010).

De facto, existem diversos estudos relacionados com várias técnicas médicas que apontam para maior número de erros relacionados com a fadiga e o trabalho por turnos/plantões (incluindo o trabalho noturno)

(Smith-Coggins et al. 1997; Aya et al. 1999; Grantcharov et al. 2001; Henriques et al. 2003). Outro estudo (Tanaka et al. 2010) analisou a relação entre o erro clínico e o trabalho de enfermagem em dois turnos diários e três turnos diários tendo demonstrado que existem mais eventos adversos no regime de três turnos.

Outro aspeto importante relaciona-se com o “clima” organizacional. Clarke e colaboradores, no seu estudo, relacionam esse (mau) clima e o menor número de profissionais com duas vezes mais “*near misses*” e acidentes com exposição a sangue (incidentes na taxonomia utilizada em segurança do paciente) e derivados relativamente a unidades em que tal não se observa (Clarke, Sloane, Aiken 2002).

A segurança do paciente está, portanto, intimamente relacionada com a segurança (e saúde) do prestador (Sousa et al. 2009), e qualquer intervenção preventiva tendente a reduzir a probabilidade de ocorrência de acontecimentos evitáveis deve valorizar os aspetos relacionados com a prestação de cuidados na perspetiva da saúde e segurança de quem os presta.

Nesse contexto, a formação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e outros), assim como dos gestores da saúde (entre outros, administradores hospitalares e gestores do risco clínico) deveria integrar a perspetiva sistémica da gestão do risco e da segurança do paciente em ambiente hospitalar. Tais alterações permitiriam, por certo, passar da cultura da culpa para a cultura da aprendizagem com os erros, e exigiriam, para além de uma alteração radical de mentalidades dos intervenientes nos sistemas de prestação de cuidados de saúde, maior atenção, meios e recursos para implementar a saúde e segurança dos profissionais de saúde e, também, na perspetiva da segurança dos pacientes.

Considerações finais

A prestação de cuidados de saúde é hoje considerada, sem margem para dúvidas, uma atividade com factores de risco e riscos importantes, quer para os pacientes, quer para os profissionais de saúde. Bastaria a tal propósito referir alguns eventos sentinela (cirurgia do lado errado, erros de transfusão ou erros medicamentosos graves) ou, no caso da saúde e segurança do trabalho, na violência no local de trabalho, nos riscos (micro)biológicos ou na carga (física) de trabalho relacionada com a movimentação manual dos pacientes.



Para saber mais sobre esse tema, é importante complementar com a seguinte leitura: Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Pinto F, Ovretveit J, Klazinga N, et al. The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. Rev Port Saúde Pública. 2009;No. Esp.:91-106.



Para saber mais sobre esse tema, procure complementar seus estudos com os textos listados a seguir:

- Uva AS, Serranheira F. Saúde, doença e trabalho: ganhar ou perder a vida a trabalhar. Lisboa: Diário de Bordo. No prelo 2013.
- The Joint Commission. Improving patient and worker safety: opportunities for synergy, collaboration and innovation. Oakbrook Terrace (IL): The Joint Commission, 2012 Nov. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/>
- Uva AS, Serranheira F, Sousa P, Leite E, Prista J. Occupational health and ergonomics toward patient safety. In: Ovreteit J, Sousa P, editors. Quality and safety improvement research: methods and research practice from the international quality improvement research network (QIRN). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública Lisboa; 2008. p. 263-87.

A segurança do paciente e a ergonomia e a saúde e segurança do trabalho (ou saúde do trabalhador) dos profissionais de saúde são, de facto, “duas faces da mesma moeda” (Serranheira et al. 2010). Sua interdependência obriga a que, nos sistemas complexos (como é o caso dos hospitais), haja suficiente investimento, tanto num como noutra, para se obterem os melhores resultados em qualidade em saúde.

Seria, de resto, difícil de conceber um bom clima (ou cultura) de segurança sem um importante compromisso e liderança organizacionais. Tal determina não só o compromisso organizacional da(s) percepção(ões)/percepção(ões) da(s) necessidade(s) de prevenção, mas também a implementação de normas organizacionais que deem corpo a essas percepções/percepções e crenças.

Dessa forma, segurança do paciente e saúde e segurança dos trabalhadores têm percursos convergentes, senão mesmo sinérgicos, para a qualidade e melhoria contínuas em saúde.

Trying harder will not result. Changing systems will (IOM 2001).

(Em uma tradução livre: O aumento do empenho não resulta. Alterar o sistema resulta.)

A intervenção sobre as condicionantes do trabalho, sobre as condições latentes permite ganhos em segurança, quer para o paciente, quer para o prestador de cuidados ou profissional de saúde.

A prevenção dos erros e dos eventos adversos passa, necessariamente, pela intervenção sistémica nos hospitais e instituições de saúde. Reflita em torno dessa afirmação. Agora, retorne ao texto que iniciou o capítulo e procure responder às questões que foram formuladas.

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The effect of health care working conditions on patient safety. Rockville (MD): AHRQ; 2003 May.(AHRQ publication, n. 03-E031).

Alves RR, et al. Alergia ao latex em profissionais de saúde hospitalares. Rev Port Imunoalergol. 2008a;16(4):349-76.

Alves RR, Uva AS, Ferreira MB. Alergia profissional ao latex em meio hospitalar. Ver Port Saúde Pública. 2008b;26(1):77-88.

Ando S, et al. Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurse. Occup Environ Med. 2000;57(3):211-6.

Audit Commission (UK). A spoonful of sugar. London: Audit Commission; 2001.

Aya A, et al. Increase risk of unintentional dural puncture in night-time obstetric epidural anesthesia. *Can. J. Anaesth.* 1999;46:655-9.

Bureau of Labor Statistics (US). Musculoskeletal disorders and days away from work in 2007. Washington, DC: Bureau of Labor Statistics, 2009 [citado 2009 Jul 27]. Disponível em: <http://www.bls.gov/opub/ted/2008/dec/wk1/art02.htm>.

Carayon P., editor. Handbook of human factors and ergonomics in health care and patient safety. New York: CRC Press; 2007.

Chang E, et al. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics and health in Australian nurses. *J Prof Nurs.* 2006;22(1):30-8.

Clarke S, Sloane D, Aiken L. Effects of hospital staffing and organizational climate on needle stick injuries to nurses. *Am J Public Health.* 2002;92:1115-9.

Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature.* 1997;388:235-7.

Department of Health (UK), Design Council. Design for patient safety: a system-wide design-led approach to tackling patient safety in the NHS. London: Design Council, Department of Health; 2003.

Elfering E, Semmer NK, Grebner S. Work stress and patient safety: observer-rated work stressor as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. *Ergonomics.* 2006;49(5-6):457-69.

Engels J, et al. Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occup Environ Med.* 1996;53(9) :636-41.

Estryn-Béhar M. Ergonomie hospitalière: théorie et pratique. Paris: Editions Estem; 1996.

Fielden S, Peckar C. Work stress and hospital doctors: a comparative study. *Stress Med.* 1999;15(3):137-41.

Folkard S, et al. Shiftwork safety, sleepiness and sleep. *Ind. Med.* 2010;13:20-3.

Fonseca R, Serranheira F. Sintomatologia músculo-esquelética auto-referida por enfermeiros em meio hospitalar. *Rev Port Saúde Pública.* 2006;vol temático:37-44.

Gaba D, Howard S. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med.* 2002;347(16):1249-55.

Grantcharov T, et al. Laparoscopic performance after one night on call in a surgical department: a prospective study. *BMJ.* 2001;323:1222-3.

Gray-Toft P, Anderson J. Stress among hospital nurses staff: its causes and effects. *Soc Sci Med*. 1981;15A:639-47.

Health and Safety Executive (UK). Occupational stress statistics bulletin 2002/03. London: HSE; 2003 [citado 2006 Nov 22]. Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/ohsb0203.pdf>.

Henriksen K, et al. Understanding adverse events: a human factors framework. In: Huges R, editor. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality: U.S. Department of Health and Human Services; 2008.

Henriksen K, Kaye R, Morisseau D. Industrial ergonomic factors in the radiation oncology therapy environment. In: Nielsen R, Jorgensen K, editor. *Advances in industrial ergonomics and safety*, 5. Washington, DC: Taylor and Francis; 1993. p. 267-74.

Henriques JP, et al. Outcome of primary angioplasty for acute myocardial infarction during routine duty hours versus during off-hours. *J Am Col Cardiol*. 2003;41:2138-42.

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; 2001.

International Ergonomics Association (IEA). Definition of ergonomics. Washington, DC: IEA; 2000 [citado 2013 Set 17]. Disponível em: http://www.iea.cc/01_what/What%20is%20Ergonomics.html

Jha AK, Duncan B, Bates D. Fatigue, sleepiness, and medical errors. In: *Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2001. p. 519.

Kho M.E, Carbone JM, Lucas J, Cook DJ. Safety climate survey: reliability of results from a multicenter ICU survey. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:273-8.

Lagerstrom M, et al. Occupational and individual factors related to musculoskeletal symptoms in five body regions among Swedish nursing personnel. *Int Arch Occup Environ Health*. 1995;68(1):27-35.

Leape L, et al. Systems analysis of adverse drug events: ADE Prevention Study Group. *JAMA*. 1995;274(1):35-43.

Leplat J, Cuny X. *As condições de trabalho: ergonomia: conceitos e métodos*. Lisboa: Dinalivro; 2005. p. 143-57.

McIntyre T. Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Anal Psicol*. 1994;12(2-3):193-200.

McIntyre T, McIntyre S, Silverio J. Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Anal Psicol*. 1999;17(3):513-27.

McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nursing*. 2003;44:633-42.

National Institute for Occupational Safety and Health. Stress...at work. Atlanta (GA): NIOSH; 2006 [citado 2006 Nov 22]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>.

NHS. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/human-factors-patient-safety-culture/>

Ombredane A, Faverge J. L'analyse du travail: facteur d'économie humaine et de productivité. Paris: Presses universitaires de France; 1955.

OSHA. Disponível em : <https://www.osha.gov/SLTC/ergonomics/index.html>, 2009.

Rasmussen J, Pedersen O. Human factors in probabilistic risk analysis and risk management: operational safety of nuclear power plants. Vienna: International Atomic Energy Agency; 1984.

Reason J. L'erreur humaine. Paris: Presses Universitaires de France; 1990.

Reason J. Managing the management risk: new approaches to organisational safety: Reliability and Safety in Hazardous Work Systems. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates; 1993. p. 7-22.

Reiling J, Chernos S. Human factors in hospital safety design: handbook of human factors and ergonomics in healthcare and patient safety. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2007. p. 275-287.

Reiling J, Knutzen BL, Wallen TK, McCullough S, Miller R, Chernos S.. Enhancing the traditional hospital design process: a focus on patient safety. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2004;30(3):1-10.

Schaufeli W. Burnout. In: Firth-Cozens J, Payne R. Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions. Chichester: John Wiley & Son; 1999. p. 17-32.

Schaufeli W; Enzmann D. The burnout companion to study and practice: a critical analysis. London: CRC Press; 1998.

Schwappach D, Boluarte T. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. Swiss Med Wkly. 2009; 139(1): 9.

Serranheira F, Uva A, Sousa P. Ergonomia hospitalar e segurança do doente: mais convergências que divergências. Rev Port Saúde Pública. 2010;vol temático:58-73.

Shanafelt et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. Ann. Surg. 2010;251(6): 995-1000.

Smith-Coggins R, et al. Rotating shiftwork schedules: can we enhance physician adaptation to night shifts? Acad. Emerg. Med. 1997;4: 951-61.

Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Pinto F, Ovretveit J, Klazinga N, et al. The patient safety journey in Portugal: challenges and opportunities from a public health perspective. Rev Port Saúde Pública. 2009; No. Esp.:91-106.

Spector P. Individual differences in the job stress process of health care professionals. In: Firth-Cozens J, Payne R. *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. Chichester: John Wiley & Son; 1999. p. 33–42.

Stone PW, Harrison MI, Feldman P, et al. Organizational climate of staff working conditions and safety: an integrative model. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, et al., editors. *Advances in patient safety: from research to implementation (Volume 2: concepts and methodology)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2005 Feb. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20497/>

Tanaka K, et al. Differences in medical error risk among nurses working two- and three-shift systems at teaching hospitals: a six month prospective study. *Ind Health*. 2010;48:357-64.

Uva AS. Comentário ao trabalho de Sousa Caixeiro, M.I. Luvas de látex: factor de risco nos profissionais de saúde. *Rev Port Saúde Pública*. 1997;15(4):63-4.

Uva AS. Diagnóstico e gestão do risco em saúde ocupacional. Lisboa: ISHST; 2006. (Segurança e saúde no trabalho. Estudos, 17).

Uva AS, et al. Occupational health and ergonomics toward patient safety. In Ovreteit J, Sousa P, ed. *lit. Quality and safety improvements research: methods and research practice from the international quality improvement research network (QIRN)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública: MMC Karolinska Institutet; 2008.

Uva AS, Graça L. Saúde e segurança do trabalho: glossário. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho; 2004. (Cadernos avulso, 4).

Uva AS, Serranheira F. A segurança do doente também depende da saúde e segurança de quem presta cuidados. *Hosp Futuro*. 2008;7:25-6.

Wickens C, et al. *An introduction to human factor engineering*. 2nd ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice-Hall; 2004.

Yassi A, Hancock T. Patient safety: worker safety: building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being. *Healthc Q*. 2005;8 Spec No:32-8.

7. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente

Guilherme Brauner Barcellos

Iremos tratar, neste capítulo, de aspectos da comunicação entre médicos envolvidos no cuidado do paciente, entre médicos e outros profissionais, e entre os profissionais da saúde de modo geral. Também serão abordados os impactos que essas complexas interações podem determinar na segurança do paciente e as estratégias e técnicas disponíveis para melhorar a comunicação. Evito, propositalmente, resumir o tema em comunicação entre os membros da equipe de cuidado, pois equipe é um grupo de pessoas que, formando um conjunto solidário, dedica-se à realização de um trabalho.

A importância da comunicação e os impactos da fragmentação do cuidado

Muitas vezes, no cuidado em saúde, somos incapazes de formar um conjunto solidário. E, sem trabalho em equipe, a segurança do paciente dificilmente consegue ser garantida. A inexistência de equipe torna as dificuldades maiores, e as ferramentas para aprimorar a comunicação passam a ser menos efetivas. O trabalho em equipe era menos importante no passado, mas, diante do aumento crescente da complexidade no cuidado em saúde, surgem evidências da sua importância.

Outro importante ponto dessa discussão é reconhecer que, em um ambiente no qual o cuidado é exageradamente fragmentado, além do necessário e do justificável, a efetividade também fica comprometida. Em uma situação utópica, os pacientes estariam sempre em uma única organização de saúde e seriam cuidados pela mesma pessoa – médicos assistentes não iriam para casa, o médico residente responsável pelo caso

Bons resultados no atendimento de pacientes com trauma ou infarto/enfarte agudo do miocárdio, por exemplo, dependem mais da qualidade do trabalho em equipe que do brilhantismo do médico assistente (Wachter 2012).

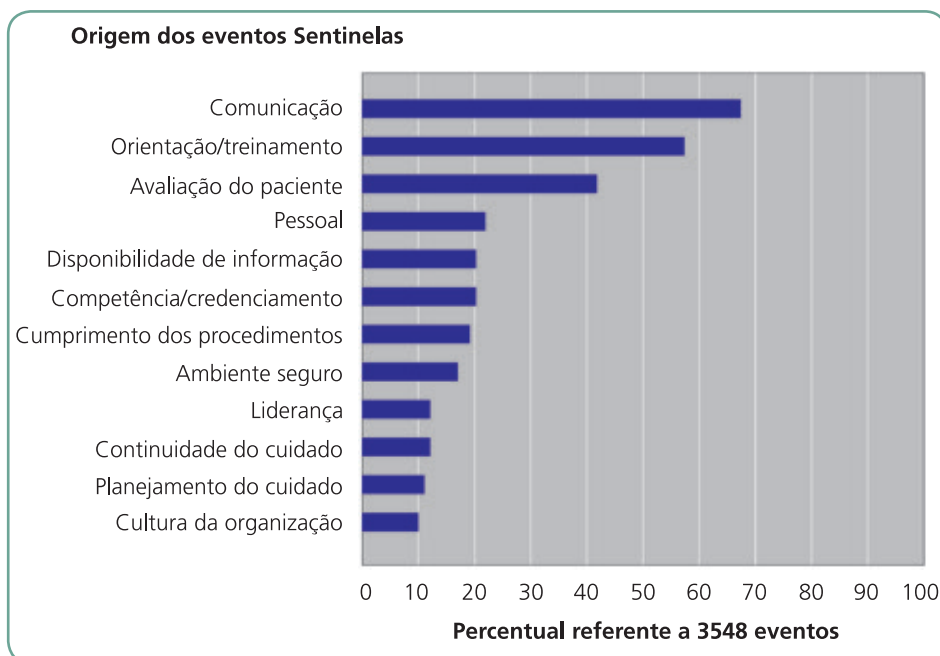
não seria trocado ao final do mês, não haveria necessidade de trocas de informações entre os profissionais. Mas a realidade do cuidado em saúde não é essa. A modernidade, cada vez mais, propicia quebras de continuidade do cuidado. A maioria das quebras de continuidade são inevitáveis (e para as quais buscaremos maneiras de torná-las o mais seguras possível), outras são evitáveis e simplesmente não devem ocorrer.

A fragmentação do cuidado (ainda mais comprometedor quando associada à falta de coordenação) é considerada por muitos especialistas em segurança do paciente um dos grandes desafios ou problemas da atualidade. Em um estudo clássico, pesquisadores/investigadores descobriram que receber atendimento por médico estranho à equipe foi um preditor de complicações mais importante que a gravidade da doença do paciente (Petersen 1994). Em artigo há pouco publicado, foi descrita uma situação em que nove diferentes equipes se envolveram no cuidado de um mesmo paciente criticamente enfermo (Stavert, Lott 2013). O resultado foi um caos no cuidado em consequência de uma passividade coletiva. O título escolhido para esse artigo foi “O efeito espectador na saúde”, em alusão ao fenômeno psicológico também conhecido como Síndrome de Genovese. Essa síndrome leva o nome de Catherine Susan Genovese, esfaqueada até a morte estando próxima de sua casa em Kew Gardens, no Queens, Nova York, sem que nenhum vizinho a ajudasse. As circunstâncias de sua morte e a falta de reação dos vizinhos tiveram grande repercussão na imprensa e instigaram investigações desse fenômeno do comportamento humano, chamado “difusão de responsabilidade”.

Na saúde, o resultado de uma fragmentação necessária e da injustificável gera grande vulnerabilidade aos erros de comunicação nas transferências de pacientes ou nas trocas de informações.

A atenuação dos problemas decorrentes da falta de comunicação poderia economizar \$240 bilhões por ano nos EUA (IOM 2012). Dados da *The Joint Commission* têm demonstrado que problemas de comunicação são os mais comumente encontrados nas análises de causa-raiz dos eventos sentinela.

Gráfico 1 – Eventos sentinelas mais comuns




Fonte: Adaptado de ARHQ (2013).

Outro estudo acompanhou a troca de informações entre profissionais de ambulatório e descobriu que dados da consulta anterior estavam disponíveis em apenas 22% das vezes (van Walraven et al. 2008). Toda transição de cuidados carrega um potencial de dano, e todas merecem ser analisadas para promover reduções de riscos.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi criada em 2004 pela Organização Mundial da Saúde com o objetivo de chamar a atenção ao problema da segurança do paciente. Em 2005, a Aliança identificou áreas de atuação prioritárias, por exemplo, melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais do cuidado, influenciada pelas metas de segurança do paciente da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*.

Figura 1 – Cartaz do Ministério da Saúde do Brasil sobre as metas de segurança do paciente, com destaque para a meta 2: “Melhorar a Comunicação Efetiva”


No endereço <http://youtu.be/Cr5wvJvEU5A>, você pode ver como é possível um hospital melhorar a comunicação efetiva.



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br>

Para ilustrar a importância de uma boa comunicação, apresentarei dois casos vivenciados ao longo de minha trajetória profissional e dos quais guardo forte lembrança. Em ambos, ocorreram erros complexos.

Em 2001, eu era residente de medicina interna e estava estagiando no setor de Emergência de um hospital. O médico responsável pelo serviço chegou até mim dizendo:

- Quer fazer uma cardioversão?
- O que é o caso? – perguntei.
- Se não quiser, eu mesmo faço, disse ele.

E, então, eu fiz!

Para realizar esse procedimento, a paciente foi sedada. A cardioversão elétrica foi bem-sucedida, fazendo com que o ritmo passasse de fibrilação/fibrilhação atrial (a arritmia) para sinusal (normal). Somente depois fui revisar o caso. Tratava-se de paciente idosa, que havia chegado ao hospital com história de palpitações há duas horas. Não apresentava critérios de instabilidade, que costumam justificar uma cardioversão de emergência. O contexto foi interpretado como de fibrilação/fibrilhação atrial aguda (até porque a paciente trazia um eletrocardiograma prévio em ritmo sinusal), em que cardioversão elétrica costuma ser opção. Mas, em medicina e na vida, nem tudo que parece ser é.

Dona Laura (nome fictício) sofria de hipertensão, insuficiência cardíaca e de fibrilação/fibrilhação atrial **paroxística**. Ela já tinha passado por vários atendimentos em outros hospitais por episódios da arritmia. Se tivesse sido mais bem avaliada na admissão, a simples presença, no exame físico, de desvio grosseiro do ictus para além do 5º espaço intercostal ou de um sopro cardíaco mitral já poderia ter “sinalizado”. Não a examinei e não sei se alguém a examinou até a decisão de realizar a cardioversão. Se tivéssemos aguardado os familiares da paciente, e havia tempo e estratégias para isso, o diagnóstico correto teria sido realizado. Como Dona Laura demorou a acordar da sedação, foi estimulada. Percebeu-se, imediatamente, sinal de lateralização no exame neurológico. A paciente desenvolveu um acidente vascular cerebral – um evento adverso – como complicação do tratamento, que não costuma ser a primeira opção em casos de fibrilação/fibrilhação atrial crônica ou paroxística.

Quando eu estava no terceiro ano de residência/internato em medicina interna, um médico do serviço de emergência solicitou que eu fizesse um procedimento para obter o acesso venoso central em um paciente. Questionei exatamente a mesma coisa: – O que é o caso? Dessa vez, recebi uma resposta em tom áspero, **mandando-me** fazer. Fiz, e o paciente teve uma complicação – hemopneumotórax. A indicação do procedimento era questionável, e, além disso, o paciente tinha uma coagulopatia. A informação sobre a coagulação sanguínea alterada já estava disponível no momento do procedimento, mas só foi observada depois.

Em ambos os casos, o gradiente de autoridade entre o médico residente e o médico supervisor gerou problemas para os pacientes envolvidos. Erros como esses, nos quais um jovem médico (ou, muitas vezes, uma enfermeira) suspeita que alguma coisa está errada ou apenas quer mais informações, mas não se sente confortável em reforçar suas preocupações, infelizmente são frequentes. Isso não ocorre somente na área de saúde. Na maior colisão de tráfego aéreo de todos os tempos, o acidente de Tenerife, pouco antes de dois aviões colidirem causando a morte de

583 pessoas, o copiloto fez ao comandante uma pergunta muito parecida com a minha: “O que é o caso?”. E foi ignorado.

Para refletir

Você já vivenciou ou soube de alguém que tenha vivenciado alguma situação semelhante às relatadas no texto? Especificamente em relação à perda ou má compreensão de informação?

Qual foi o resultado? Como você imagina que esse tipo de situação possa ser contornada?

Nos casos relatados, além dos erros de trabalho em equipe e de comunicação, ocorreram erros na troca de informações (resultado de exame disponível e não considerado, histórico do paciente em outra organização não prontamente disponível). Não está no escopo deste capítulo a discussão sobre como melhorar o fluxo de informação entre hospitais distantes, mas fica o registro da importância de bancos de dados padronizados, que possam disponibilizar informação útil e oportuna. A partir de agora, vamos discutir os problemas e soluções dentro da organização de saúde e, em especial na alta hospitalar.

Estratégias e técnicas para minimizar erros nas trocas de informações e de comunicação dentro de um hospital

Este é um assunto abrangente. Darei preferência a apresentar as estratégias capazes de serem replicadas com alguma facilidade nas organizações de saúde. A maioria dessas estratégias não envolve barreiras intransponíveis e altos custos financeiros, mas todas dependem de liderança comprometida, equipe de trabalho coesa e forte, além de conhecimento de princípios básicos de melhoria da qualidade em saúde. Envolve mudanças em sistema complexo e devem ser vistas através do olhar dos fatores humanos (antes, durante e após eventual implantação), para se certificar de que atenderão localmente suas finalidades e não criarão consequências inesperadas.

Não discorrerei, embora não seja menos importante, sobre a necessidade de formar profissionais da saúde que compreendam a importância do trabalho em equipe. Como também não mencionarei a

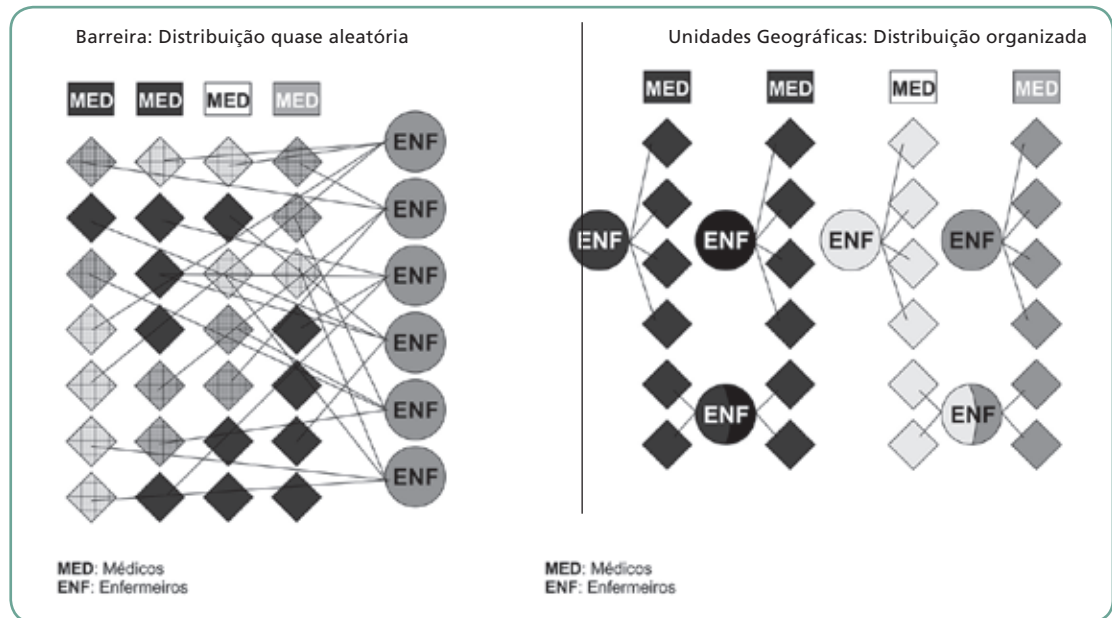
importância da educação continuada em saúde, que precisa incorporar conteúdo de segurança do paciente, qualidade e administração em saúde, contribuindo para que profissionais tenham uma postura diferente frente ao erro humano e visão crítica a gradientes de autoridade que ultrapassam o necessário e o bom senso.

Unidades geográficas

São locais, nos hospitais, entregues a um propósito específico (por exemplo, uma enfermaria de clínica geral) e para profissionais pré-definidos (se não todos, ao menos aqueles mais envolvidos com o dia a dia do cuidado, por período), com limites geográficos, que podem ser físicos, como as paredes e portas que definem uma enfermaria inteira (7º norte, por exemplo), ou virtuais, como quando um grupamento de leitos/camas dentro de uma área física maior é reservado para a mesma equipe de saúde. O esperado é que seja um facilitador para a formação de um conjunto solidário.

Estudos recentes têm demonstrado que estruturas assim estabelecidas estão associadas com melhor comunicação entre os profissionais da equipe (Gordon et al. 2011, Singh et al. 2012). Médicos sequer precisam ser hospitalistas (veja definição a seguir), podem seguir atuando no modelo tradicional, passando visita, mas a enfermeira saberá quem são, a hora que costumam passar, como localizá-los. Médicos e enfermeiros tendem a conhecer até mesmo gostos e preferências uns dos outros, poderão, com mais facilidade, pactuar rotinas e padrões. Pense no contrário agora, imaginando um enfermeiro enfrentando dificuldade com paciente cujo responsável é um médico que sequer conhece, e o quanto isso pode comprometer eficiência e satisfação de vários envolvidos. Em um dos estudos destacados anteriormente, com unidade geográfica e equipes fixas, perceberam-se 51% menos chamados por mensagens (acionamento dos médicos por meio de seus *paggers* ou celulares), embora tenham viabilizado mais encontros do médico responsável com seus pacientes (Singh et al. 2012).

Figura 2 – Esquema de unidades geográficas



Nota: À esquerda, um modelo tradicional em que os pacientes são distribuídos entre médicos, sem uma lógica. Nesse modelo, um médico pode ficar com um paciente em cada andar (leia-se cada andar com uma enfermeira, uma secretária, e assim por diante). No modelo da direita, temos a representação de uma unidade geográfica em que se concentram o máximo possível de pacientes em uma área com limites geográficos definidos e para uma equipe mais coesa.

As complexidades logísticas e políticas de organizar esse tipo de abordagem nos serviços de saúde não devem ser subestimadas, principalmente em hospitais com alta taxa de ocupação. Cabe registrar, ainda, que não há necessidade de implantá-la de maneira “tudo ou nada”, podendo-se optar por favorecer, sempre que possível, organizações por áreas e equipes fixas.

Rounds interdisciplinares estruturados

Rounds interdisciplinares devem, idealmente, reunir todos os integrantes da equipe de cuidado, pelo menos em um momento do dia, para discutir seus pacientes, as ocorrências desde o último encontro, as metas e o plano terapêutico, caso a caso, em um formato colaborativo e pactuando decisões. Esses encontros não deveriam ter por objetivo apresentar o quadro clínico dos pacientes diariamente para um novo grupo de profissionais. Assim, os rounds tornam-se encontros longos e improdutivos. Devem ter foco nas metas e plano terapêutico, averiguando que mudanças de rumo são necessárias.

Evidências demonstram que essa estratégia é capaz de:

Resultados dos rounds

Melhorar processos específicos (como adequação de caterização vesical, aderência a práticas baseadas em evidências) (Fakih et al. 2008, Ellrodt et al. 2007);

Favorecer melhores desfechos doença-específicos (como redução de pneumonia associada à ventilação mecânica) (Stone et al. 2011);

Melhorar a comunicação e colaboração entre os membros da equipe;

Diminuir o tempo médio de internação (Dutton et al. 2003, O'Mahony et al. 2007);

Reduzir os eventos adversos evitáveis (o'Leary et al. 2011); e

Diminuir a taxa de mortalidade global (McHugh 2010).

Os *rounds* ocorrem mais frequentemente em unidades fechadas, como a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). A complexidade para o desenvolvimento dessas estratégias em unidades abertas é maior por diversas razões. Em um recente estudo (O'Leary et al. 2012), encontrou-se uma significativa variação de performance de trabalho de equipe em *rounds* dessa natureza, escancarando que não basta existirem. Uma sugestão é que, em paralelo, as chefias ajudem a garantir o bom andamento dessas iniciativas, observando, por exemplo, se um membro do time não domina completamente a discussão, ou se um gradiente de autoridade inadequado impede a participação confortável de outros membros da equipe.

Experiências práticas e opinião de *experts* sugerem que combinar unidades geográficas com *rounds* interdisciplinares estruturados pode tanto facilitar esses encontros como potencializá-los.

Os *rounds* devem seguir roteiros, como horário para iniciar e terminar, definição prévia de quem deve participar e qual o papel de cada um, em que e como devem contribuir. Os participantes precisam ser objetivos e ter o paciente como foco. A utilização de cartão de objetivos diário ou lista de verificação envolvendo questões estratégicas são muito úteis. *Rounds* interdisciplinares estruturados melhoram a comunicação entre membros da equipe, reduzem o tempo de permanência do paciente no hospital e melhoram o desempenho de vários indicadores de qualidade (Pronovost et al. 2003, Dubose et al. 2008, Dubose et al. 2010, Weiss et al. 2011).

Quando visitei a *Mayo Clinic*, nos Estados Unidos da América, pude ver isso funcionar muito bem no *Saint Marys Hospital*. Com o auxílio de uma lista de verificação, era discutida, diariamente, a manutenção ou não, por exemplo, da sonda vesical de demora e do acesso venoso central. As listas de verificação são instrumentos que podem ser utilizados em diversas situações de cuidado em saúde para o bom gerenciamento/gestão de informações do paciente sobre atividades a serem executadas, tópicos a serem enfatizados.

Uso da técnica SBAR

Com o intuito de melhorar a qualidade das trocas de informações entre os profissionais de saúde, algumas técnicas têm sido desenvolvidas para que mensagens importantes sejam ouvidas e atitudes sejam tomadas. Uma dessas técnicas é SBAR – *Situation* (situação), *Background* (história prévia), *Assessment* (avaliação) e *Recommendation* (recomendação). Originalmente, foi desenvolvida pela marinha nos EUA para ser usada em submarinos nucleares. Mais recentemente, tem sido usada com sucesso na saúde, sendo de fácil aplicação com bom treinamento.

Na maioria dos programas de treinamento, o foco é a enfermagem a fim de estruturar a comunicação com os médicos, de forma a capturar atenção e gerar ações apropriadas. A necessidade para o treinamento surgiu a partir do reconhecimento de que muitos enfermeiros têm sido educados para relatar histórias, enquanto os médicos têm sido treinados para pensar e, também, processar informações objetivas.

A seguir, apresentamos um exemplo de caso adaptado do livro *Understanding Patient Safety* (Wachter 2012).

No modo tradicional, a enfermeira Joana Silva (nome hipotético) se comunicaria com o médico da seguinte forma:

– Olá, doutor. O sr. João está tendo uma dor. Ele estava caminhando pelo corredor, depois de se alimentar bem no jantar. Ele estava um pouco sudorético quando teve a dor, mas lhe dei todos os seus medicamentos, incluindo a insulina e o antibiótico. Ele foi submetido à cirurgia hoje, mais cedo.

Após o treinamento SBAR, a mesma enfermeira diria:

– Sou Joana Silva, enfermeira da enfermagem do 7º andar e estou acompanhando o seu paciente, o sr. João dos Santos. Ele teve uma dor torácica de grau 8, em uma escala de 10, há cerca de cinco minutos, associada à dificuldade respiratória, sudorese e palpitações (**Situação**). ▶

É um homem de 68 anos, sem história prévia de doença cardíaca, que sofreu, ontem, uma ressecção abdominoperineal sem complicações (**História prévia**).

Minha preocupação é que ele possa estar tendo uma isquemia cardíaca ou uma tromboembolia pulmonar (**Avaliação**).

Seria muito importante se você pudesse estar aqui dentro dos próximos cinco minutos (**Recomendação**). ■

Uso da técnica de *read back*

Muitas mensagens trocadas entre profissionais induzem ao erro, principalmente por telefone. Em um estudo que avaliou 822 chamados telefônicos sobre a comunicação de resultados críticos de laboratório, foram capturados 29 erros (3,5%), alguns deles bastante relevantes (Barenfanger et al. 2004).

Essa situação existe não só na comunicação de resultados de laboratório, mas na ordem verbal do médico para o enfermeiro ou para médico residente, ou para o médico plantonista.

Essa técnica prevê que uma prescrição ou o resultado de exame fornecido verbalmente, ou por telefone, seja anotado por quem recebeu e, depois, relido para quem fez a solicitação. Também usada na aviação e em outras indústrias para prevenir erros de mensagens, passou a fazer parte das metas internacionais de segurança do paciente do manual da *Joint Commission International*.

Processo normatizado de passagem de plantões/turnos

A passagem de plantões/turnos é considerada o momento do cuidado de alto risco. Por isso, é fundamental existir um processo normatizado de passagem de plantões/turnos. Esse processo deve ocorrer em local determinado e adequado e horário pré-definido. Os profissionais envolvidos na passagem de plantão/turno devem estar disponíveis pelo tempo necessário para transmissão das informações necessárias. Além da troca verbal de informações, é importante o registro dos itens mais relevantes relativos ao cuidado.

Há um crescente reconhecimento das vantagens dos sistemas de registro computadorizados sobre as tradicionais fichas escritas para o registro de itens mais relevantes na passagem de plantão/turno. Um grupo

da Universidade de São Francisco, na Califórnia, desenvolveu um módulo computadorizado de passagem de plantão denominado *Synopsis* (Wachter 2012). Esse módulo não é nada mais que um *script* para que as informações essenciais não deixem de constar. Uma das vantagens é que muitas informações da memória do prontuário eletrônico/processo clínico do paciente são importadas, para que, no momento da conversa, os profissionais não percam tempo transferindo informações como resultados de exames laboratoriais verbalmente.

Para refletir

Você conhecia alguma das técnicas descritas anteriormente? Alguma delas é utilizada em sua organização?

Como você se comunica com os outros membros da equipe com a qual trabalha?

O que acredita ser possível melhorar na atual forma de troca de informações?

A presença dos médicos hospitalistas

Para entendermos o modelo em que atuam os hospitalistas, chamado Medicina Hospitalar (MH) – *Hospital Medicine* (HM) –, vamos revisar um pouco a evolução histórica nos EUA, em que o modelo tem se destacado, e, em seguida, discutir as características desse modelo e como ele pode auxiliar no trabalho em equipe e na boa comunicação.

O contexto histórico

Até poucos anos atrás, a regra era: o mesmo médico que atendia a pessoa no ambulatório ou em casa se encarregava de cuidar dela também durante uma eventual internação/internamento – “passando visita”. Ocorre que inúmeros fatores alteraram gradativamente essa realidade nas enfermarias (já havia acontecido algo parecido nas unidades de terapia intensiva e emergência). Os hospitais e os pacientes foram se tornando, progressivamente, mais complexos. Os médicos americanos que atuavam na atenção primária e não atendiam um alto volume de pacientes internados foram perdendo o interesse, principalmente em função da mudança no modelo de remuneração. Os custos do cuidado hospitalar atingiram patamares alarmantes.

Maior eficiência, por meio da redução de custos, tornou-se obrigatória, e o tempo de internação/internamento precisava ser reduzido. Em 1999, o relatório do *Institute of Medicine* (Kohn et al. 1999) trouxe à tona a questão dos erros no cuidado à saúde, e, a partir dele, o movimento de segurança do paciente e da qualidade assistencial ganhou força. Os gestores começaram a se dar conta de que precisavam mais dos médicos, ou de pelo menos parte deles, envolvidos no dia a dia das organizações, e não somente como visitantes. O modelo tradicional – em que o médico “passa a visita” – foi se mesclando, aos poucos, com o de MH, no qual os médicos passam a atuar mais dedicados às enfermarias. Três tipos de médicos categorizados de acordo com sua relação com os hospitais foram surgindo:

- * aqueles com atuação eminentemente ambulatorial;
- * os chamados “visitantes importantes”, os subespecialistas indispensáveis à terapêutica moderna;
- * os intensivistas, emergencistas e, mais recentemente, os médicos generalistas, que foram “criando raízes” nas enfermarias.

Ao perceber esse movimento, em 1996, o pioneiro Robert Wachter cunhou o termo hospitalista (*hospitalist*) em artigo publicado no *New England Journal of Medicine* (Wachter, Goldman 1996). No ano em que foi cunhado o termo, já havia cerca de 800 profissionais atuando como hospitalistas, em processo de aprendizado para lidar, principalmente, com as necessidades do sistema. Em 2006, eram 20 mil e, atualmente, são mais que 30 mil hospitalistas, consolidando essa como a área de atuação médica que mais rapidamente cresceu na história da medicina moderna americana (Wachter, Goldman 1996).

Até 2004, metade dos programas de MH norte-americanos ainda não existia. Em 2009, a *American Hospital Association* mostrou que mais da metade dos 4.897 hospitais já empregavam hospitalistas, e a grande maioria dos hospitais com mais de 200 leitos/camas possuía programas de MH. No mesmo ano, outro estudo publicado no *New England Journal of Medicine* descreveu que a chance de um paciente ser cuidado por hospitalista, de 1997 a 2006, aumentou aproximadamente 30%. Valendo-se de dados do *Medicare*, pesquisadores/investigadores descobriram, ainda, que os hospitalistas já respondiam pelo cuidado de mais de um terço dos pacientes internados (Kuo et al. 2009).

O modelo medicina hospitalar

MH é um modelo com características bem peculiares. Não se trata de plantão/turno clínico ou de uma equipe de apoio clínico e/ou gerencial. Classicamente, um grupo de médicos generalistas assume o cuidado do paciente e a coordenação dos processos assistenciais enquanto ele estiver hospitalizado, considerando os processos administrativos. O sinergismo da lógica assistencial e lógica administrativa orienta a ação, com foco no paciente e na eficiência dos serviços. Esse modelo pode reduzir, em média, o tempo de internação/internamento dos pacientes em 12% e os custos em 13%.

Os hospitalistas são médicos generalistas que conduzem o cuidado clínico de pacientes e coordenam as equipes multidisciplinares, que recebem pacientes encaminhados pelos médicos da atenção primária e, eventualmente, de subespecialistas e os reencaminham para o colega, ao final da internação/internamento. A quebra de continuidade entre o hospital e o ambulatório é, com certeza, uma consequência do modelo; potencialmente, pode trazer problemas e, por isso, precisa ser bem trabalhada.

Hoje em dia, praticamente todos os melhores hospitais dos EUA – clínicas Mayo e Cleveland, hospitais de ensino da Harvard (*Brigham and Women's* e *Beth Israel Deaconess*) e os hospitais das Universidades da Califórnia e Chicago, entre outros – adotaram a MH. A maior parte das seguradoras e planos de saúde dos EUA – *Humana, Kaiser, Aetna, Pacifi Care, Cigna* – apoia o modelo. O encaminhamento de pacientes costuma ser voluntário.



Para mais informações sobre hospitalistas, visite o site: www.hospitalmedicine.org da *Society of Hospital Medicine*.

As organizações de hospitalistas, *Society of Hospital Medicine* nos EUA, e o movimento por mim alavancado no Brasil (Barcellos et al. 2007) têm se posicionado contra o direcionamento compulsório de pacientes para hospitalistas. Médicos que queiram podem seguir internando no modelo tradicional.

Há evidências de que o modelo de MH melhora a gestão de corpo clínico, facilita o trabalho em equipe, a comunicação e os *rounds* interdisciplinares, favorece a aplicação de rotinas e padrões de melhores práticas, evita a fragmentação e garante um “fio condutor” em etapa tão crítica. O movimento de qualidade e segurança dentro das organizações hospitalares norte-americanas tem avançado umbilicalmente ligado ao fortalecimento desse modelo e a valorização de quem nele atua (Davis et al. 2000, Auerbach et al. 2002, Meltzer et al. 2002, Roytman et al. 2008, Huddleston et al. 2004, Lindenauer et al. 2007).

Para refletir

Ainda há muita confusão acerca do que são hospitalistas.

Você conhecia o tema? Achou que existia em sua organização, mas percebeu uma definição diferente?

Que vantagens um médico melhor posicionado para o trabalho em equipe pode trazer na intenção de melhorar a troca de informações entre profissionais?

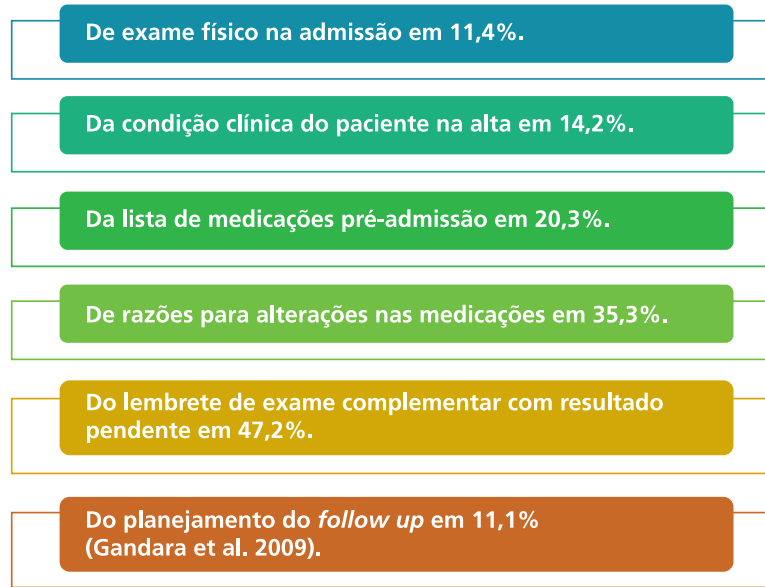
Gestão da alta hospitalar

Após as altas hospitalares, cerca de metade dos pacientes experimenta, ao menos, um erro associado ao cuidado em saúde, mais comumente relacionado a medicamentos. Um a cada cinco sofrem eventos adversos, e uma proporção significativa (metade em alguns estudos) é considerada evitável, atribuída a uma programação da alta inexistente ou malfeita (Wachter 2012).

Uma das consequências das altas mal programadas é a readmissão. Cerca de 20% dos pacientes que participam do programa *Medicare* nos EUA são readmitidos dentro de um mês após a alta, e um terço retorna em 90 dias (Jencks et al. 2009). No mesmo estudo, estimou-se em 17 bilhões de dólares o custo dessas readmissões evitáveis. Um estudo brasileiro analisou internações/internamentos hospitalares durante um ano no país e as readmissões em até um ano após. Foram selecionados 10.332.337 indivíduos para o estudo, totalizando 12.878.422 internações/internamentos – dados oriundos dos sistemas de internações/internamentos (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS) e de internações/internamentos não realizadas no SUS (CIH). A proporção de readmissões foi de 19,8% (Moreira 2010).

Sunil Kripalani publicou estudo evidenciando que poucos sumários de alta chegam ao médico da atenção primária até o momento em que o paciente retorna para sua primeira consulta pós-alta hospitalar (Kripalani et al. 2007). Em um estudo no qual foram avaliados 1.501 sumários de alta de cinco hospitais de Boston, não havia registro:

As altas ou transferências hospitalares são comumente tratadas como algo banal, mas não deveriam ser. Compõem uma etapa crítica do processo de cuidado.



Outro estudo publicado em 2006, após revisão de medicações por farmacêuticos do *Brigham & Women's Hospital*, constatou que havia discrepâncias entre a lista de medicações pré-admissão e a alta em 49%, sendo metade considerada potencialmente danosa. Havia discrepâncias também entre a lista da alta e das medicações em uso domiciliar em 29%. Os autores avaliaram que o efeito de uma intervenção simples (aconselhamento do paciente por farmacêutico no momento da alta e após 3-5 dias por contato telefônico) seria capaz de reduzir os eventos adversos (Schnipper et al. 2009). De 2.644 altas de dois centros médicos acadêmicos, em 1.095 (41%) havia resultados de exames complementares pendentes, e dois terços dos médicos do ambulatório desconheciam as pendências. Dessas pendências (pesquisadores/investigadores e médicos entrevistados concordaram), 37% demandavam ações e em 13% eram consideradas urgentes (Roy et al. 2005).

Podemos fazer melhor? Sobre isso, Robert Wachter aponta: "Gestão da alta hospitalar não é ciência espacial, exige vontade institucional, uma equipe de trabalho forte e apreciação de princípios básicos de melhoria da qualidade."

Um pacote de medidas passíveis de replicação – *Re-Engineered Discharge Project (RED)*, composto de aconselhamento antes da alta pelo enfermeiro (com educação do paciente, conciliação medicamentosa e agendamento de *follow-up*), um relatório de alta, um telefonema realizado por farmacêutico logo após a alta e uma consulta médica de seguimento em tempo

adequado – foi capaz de minimizar parte dos problemas já discutidos (Jack et al. 2009).

Recentemente, a aplicação de uma iniciativa denominada de *Better Outcomes for Older adults through Safe Transitions* (BOOST) da *Society of Hospital Medicine* foi avaliada em 11 hospitais e apresentou redução média de readmissões em 30 dias de 13,6%. O BOOST é um conjunto de medidas aplicáveis em qualquer país ou hospital (Hansen et al. 2013).

Considerações finais

Não é possível falar sobre segurança em saúde sem se referir à qualidade da interação e da comunicação entre os responsáveis pelo cuidado (Santos et al. 2010). Estratégias existem para facilitar a comunicação entre os diversos profissionais e funcionam melhor quanto melhor for o posicionamento deles para facilitar essa interação. Quem sabe você queira tentar alguma das sugestões aqui mencionadas em sua organização? Quem sabe tentar amanhã?

Referências

Agency for Healthcare Research and Quality. TeamSTEPPS: long-term care version: module 1. Rockville, MD: AHRQ, 2013 [citado 2014 Ago 11]. Slide 16: Top contribution factors to medical erros (optional content). Disponível em: <http://www.ahrq.gov/legacy/teamstepstools/longtermcare/module1/igltcintro.htm#s16>.

Auerbach AD, Wachter RM, Katz P, et al. Implementation of a voluntary hospitalist service at a community teaching hospital: Improved clinical efficiency and patient outcomes. *Ann Intern Med*. 2002;137:859-65.

Barcellos GB, Wajner A, Waldemar FS. Brazil blossoms: hospital medicine gains ground in South America. *Hospitalist*. 2007 Mar [citado 2014 Ago 11]. Disponível em: http://www.the-hospitalist.org/details/article/240537/Brazil_Blossoms.html

Barenfanger J, Sautter RL, Lang DL et al. Improving patient safety by repeating (read-back) telephone reports of critical information. *Am J Clin Pathol*. 2004;121:801-3.

Davis KM, Koch KE, Harvey JK, et al. Effects of hospitalists on cost, outcomes, and patient satisfaction in a rural health system. *Am J Med*. 2000 Jun 1;108(8):621-6.

Dubose JJ, Inaba K, Shiflett A, et al. Measurable outcomes of quality improvement in the trauma intensive care unit: the impact of a daily quality rounding checklist. *J Trauma*. 2008 Jan;64(1):22-7.

Dubose J, Teixeira PG, Inaba K, et al. Measurable outcomes of quality improvement using a daily quality rounds checklist: one-year analysis in a trauma intensive care unit with sustained ventilator-associated pneumonia reduction. *J Trauma*. 2010 Oct;69(4):855-60.

Dutton RP, Cooper C, Jones A, et al. Daily multidisciplinary rounds shorten length of stay for trauma patients. *J Trauma*. 2003 Nov;55(5):913-9.

Ellrodt G, Glasener R, Cadorette B, et al. Multidisciplinary rounds (MDR): an implementation system for sustained improvement in the American Heart Association's get with the guidelines program. *Crit Pathw Cardiol*. 2007 Sep;6(3):106-16.

Fakih MG, Dueweke C, Meisner S, et al. Effect of nurse-led multidisciplinary rounds on reducing the unnecessary use of urinary catheterization in hospitalized patients. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008 Sep;29(9):815-9.

Gandara E, Moniz T, Ungar J, et al. Communication and information deficits in patients discharged to rehabilitation facilities: an evaluation of five acute care hospitals. *J Hosp Med*. 2009 Oct;4(8):E28-33.

Gordon MB, Melvin P, Graham D, et al. Unit-based care teams and the frequency and quality of physician–nurse communications. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165:424-8.

Hansen LO, Greenwald JL, Budnitz T, et al, Project BOOST: Effectiveness of a multihospital effort to reduce rehospitalization. *J Hosp Med*. 2013 Aug;8(8):421-7.

Huddleston JM, Long KH, Naessens JM, et al. Medical and surgical comanagement after elective hip arthroplasty. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004;141:28-38.

Institute of Medicine [IOM]. The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes: workshop series summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2010 [citado 2014 Ago 11]. Disponível em: http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=12750

Jack BW, Chetty VK, Anthony D, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009 Feb 3;150(3):178-87.

Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 2009 Apr 2;360(14):1418-28.

Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): National Academy Press; 1999.

Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007 Feb 28;297(8):831-41.

Kuo YF, Sharma G, Freeman JL, et al. Growth in the care of older patients by hospitalists in the United States. *N Engl J Med*. 2009 Mar 12;360(11):1102-12.

Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS, et al. Outcomes of care by hospitalists, general internists, and family physicians. *N Engl J Med*. 2007 Dec 20;357(25):2589-600.

Lundberg S, Balingit P, Wali S, et al. Cost-effectiveness of a hospitalist service in a public teaching hospital. *Acad Med*. 2010 Aug;85(8):1312-5.

McHugh MD. Daily multidisciplinary team rounds associated with reduced 30-day mortality in medical intensive care unit patients. *Evid Based Nurs*. 2010 Jul;13(3):91-2.

Meltzer D, Manning WG, Morrison J, et al. Effects of physician experience on costs and outcomes on an academic general medicine service; results of a trial of hospitalists. *Ann Intern Med*. 2002;137:866-74.

Moreira ML. Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.

O'Leary KJ, Boudreau YN, Creden AJ, et al. Assessment of teamwork during structured interdisciplinary rounds on medical units. *J Hosp Med*. 2012 Nov/Dec;7(9):679-83.

O'Leary KJ, Buck R, Fligiel HM, et al. Structured interdisciplinary rounds in a medical teaching unit: improving patient safety. *Arch Intern Med*. 2011;171:678-84.

O'Mahony S, Mazur E, Charney P, et al. Use of multidisciplinary rounds to simultaneously improve quality outcomes, enhance resident education, and shorten length of stay. *J Gen Intern Med*. 2007 Aug;22(8):1073-9.

Petersen LA, Brennan TA, O'Neil AC, et al. Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? *Ann Intern Med*. 1994;121:866-72.

Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, et al. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care*. 2003;18:71-5.

Roy CL, Poon EG, Karson AS, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Ann Intern Med*. 2005 Jul 19;143(2):121-8.

Roytman MM, Thomas SM, Jiang CS. Comparison of practice patterns of hospitalists and community physicians in the care of patients with congestive heart failure. *J Hosp Med*. 2008;3(1):35-41.

Santos MC, Grilo A, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. Margarida Custódio dos Santos. *Rev Port Saúde Pública*. 2010; Vol Temat (10):47-57.

Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. *Arch Intern Med*. 2006 Mar 13;166(5):565-71.

Singh S, Tarima S, Rana V, et al. Impact of localizing general medical teams to a single nursing unit. *J Hosp Med*. 2012 Sep;7(7):551-6.

Stavert RR, Lott JP. The bystander effect in medical care. *N Engl J Med*. 2013;368:8-9.

Stone ME Jr, Snetman D, O' Neill A, et al. Daily multidisciplinary rounds to implement the ventilator bundle decreases ventilator-associated pneumonia in trauma patients: but does it affect outcome? *Surg Infect (Larchmt)*. 2011 Oct;12(5):373-8.

Van Walraven C, Taljaard M, Bell CM, et al. Information exchange among physicians caring for the same patient in the community. *CMAJ* 2008;179:1013-18.

Wachter RM. *Understanding patient safety*. New York: McGraw-Hill Companies; 2012.

Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. *N Engl J Med*. 1996; 335:514-7.

Weiss CH, Moazed F, McEvoy CA, et al. Prompting physicians to address a daily checklist and process of care and clinical outcomes: a single-site study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011 Sep 15;184(6):680-6.

8. Envolvimento do paciente: desafios, estratégias e limites

Margarida Custódio dos Santos e Ana Monteiro Grilo

Neste capítulo, será abordada a temática do envolvimento do paciente no âmbito da segurança. Ao contrário do que ocorre com outras áreas relacionadas a esse tipo de envolvimento, como a adesão ou a satisfação, o papel do paciente nas questões de segurança tem sido ainda pouco estudado e, apesar de resultados positivos de muitas das ações já implementadas, esse é um assunto que necessita ser refletido e incluído na agenda da investigação/pesquisa científica.

Pretendendo abordar as questões principais do envolvimento do paciente em matérias de segurança, o capítulo integra, após a introdução ao tema, um ponto sobre a perspetiva do paciente, referindo-se aí às áreas e tarefas de envolvimento, os determinantes e os limites do envolvimento; o segundo ponto sobre a perspetiva do profissional de saúde, quando se fala sobre o modelo subjacente ao envolvimento do paciente, os desafios, benefícios e limitações dos profissionais; e o terceiro ponto que se centra nas estratégias de promoção do envolvimento.

Participação e envolvimento do paciente nas questões de saúde e doença

“Quem estuda medicina sem livros embarca num mar sem cartas de navegação. Quem estuda medicina sem os pacientes não deve, sequer, embarcar” (Osler 1937).

Nos anos 1970, a Organização Mundial da Saúde referia a participação do paciente como um “objetivo desejável das políticas de saúde” e ape-

lava para a necessidade de implementação de meios de promoção dessa participação (WHO 1978).

Hoje, é consensual que a promoção da participação e do envolvimento do paciente e da família, nos mais variados níveis dos cuidados de saúde, representa benefícios para os pacientes, para os profissionais de saúde e as organizações. De facto, um conjunto alargado de investigações/pesquisas tem demonstrado que o envolvimento do paciente e da sua família está positivamente associado à melhoria dos cuidados de saúde, expressa pelo aumento da satisfação do paciente e da família (Rao, Weinberger, Kroenke 2000), por níveis mais elevados de motivação do paciente, adesão ao tratamento (WHO 2008), menor tempo de recuperação (Adams, Smith, Ruffin 2001) e melhoria da saúde geral do paciente (TNS Qual+ Eurobarometer, 2012).

O envolvimento do paciente tem vindo ainda a ser reconhecido como factor de redução dos custos de saúde e de maior eficiência nos cuidados, quer na fase de diagnóstico, quer no tratamento (Hibbard, Green 2013). Constituindo um determinante importante da relação de colaboração entre o profissional de saúde e os pacientes e/ou seus familiares, o envolvimento do paciente está ainda relacionado com maior transparência na comunicação e menor número de litígios por má prática médica (Studdert et al. 2006).

Efetivamente, tem-se vindo a assistir, nos últimos 40 anos, a uma mudança importante na forma como profissionais de saúde e leigos compreendem o papel do paciente no seu processo de doença/saúde. Essa mudança é determinada, por um lado, pelo aumento da exigência, dos pacientes e das famílias em relação ao conhecimento das questões do diagnóstico e do tratamento e, por outro lado, pelo abandono de uma atitude rigidamente paternalista do médico, que limitava a participação do paciente, negligenciando-a e desincentivando-a.

Nos nossos dias, atitudes mais congruentes com os modelos holista e de centração no paciente têm vindo, progressivamente, a valorizar a participação do paciente, a quem é atribuído um papel ativo na promoção da saúde e na prevenção e tratamento da doença.

A constatação dos benefícios do envolvimento do paciente e da família tem resultado em ações de informação e de educação dos pacientes, familiares e profissionais de saúde (AHRQ 2004; Joint Commission 2004), em recomendações institucionais e normas no âmbito de políticas de saúde (Finkelstein et al 2012; NHS Plan 2000) ou em programas e projetos de inclusão do paciente em questões que lhe dizem respeito (Anvisa 2012; WHO 2006).

O alargado consenso quanto à importância do envolvimento do paciente não exclui reservas que merecem ser consideradas e serão refletidas neste capítulo.

Envolvimento do paciente nas questões de segurança relacionadas com a saúde e a doença

Ao contrário do que ocorre em áreas como a adesão ao tratamento ou a decisão de procedimentos médicos, o envolvimento do paciente nas questões de segurança e de prevenção de eventos adversos tem sido menos estudado.

Na discussão sobre o envolvimento do paciente em matéria de segurança, distinguem-se três grandes áreas:



A perspectiva do paciente.

Fonte paciente:http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cancer_patient.jpg – Autor: jennifrog/2008



A perspectiva do profissional de saúde.

Fonte médicos:http://commons.wikimedia.org/wiki/File:US_Navy_110727-N-YR391-005_Lt._Cmdr._Jennifer_Freeman,_an_Obstetrics-Gynecology_physician_at_Naval_Hospital_Jacksonville.jpg



A perspectiva da organização.

Fonte hospital:http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Hosp_da_Luz_-_S%C3%A3o_Paulo.JPG – Autor: Rede Assistencial SP

Envolvimento do paciente na segurança dos cuidados de saúde – perspectiva do paciente

Áreas e tarefas de envolvimento

Quando se pensa no envolvimento do paciente nos cuidados de saúde e, especificamente, em matérias de segurança, consideram-se inter-

rogações como: “O que se espera que o paciente faça?” ou “Qual o grau de fiabilidade/confiabilidade da contribuição do paciente?” e, evidentemente, “Quais os limites que devem ser considerados?” (Por exemplo, “O que ocorre quando o paciente expressa o desejo de não se envolver?” ou “o que se espera de um paciente que, emocionalmente perturbado, não tem condições para esse envolvimento?”)



Para saber mais sobre essa questão, veja *European Commission* (2012). Visite o site: http://ec.europa.eu/index_pt.htm

Relativamente ao “que se espera do paciente”, vem sendo consensual que seu envolvimento não pode ser percebido como uma panaceia, nem ser regido por uma orientação em que são utilizados protocolos muito rígidos e, como consequência, espera-se o mesmo de todos os pacientes. A constatação da diversidade de respostas dos pacientes às solicitações para o envolvimento tem despoletado/desencadeado investigações/pesquisas, com resultados frequentemente inconsistentes, que apontam ações e níveis de participação muito diversos. A problemática estende-se à própria conceitualização de “envolvimento” e à diferenciação entre as representações de pacientes e de profissionais de saúde, à distinção entre envolvimento e participação, ou à modelização do envolvimento considerando dimensões como a vontade do paciente, as características da doença e o efetivo grau de participação.

Apesar de ser consensual que a discussão e a investigação/pesquisa sobre o papel do paciente em questões de segurança deram apenas os primeiros passos, Vincent e Coultel, num artigo pioneiro publicado em 2002 com o título *Patient safety: what about the patient?*, além de defenderem que os pacientes desempenham um papel importante na promoção da sua segurança, indicavam, já, possíveis contribuições específicas do paciente em áreas como o estabelecimento do diagnóstico, a monitorização do tratamento e o relato de acidentes adversos (Coluna A do Quadro 1). Mais recentemente, o reconhecimento de que o paciente pode ser um parceiro na discussão da qualidade dos serviços de saúde estendeu sua participação a contextos mais abrangentes (Coluna B do Quadro 1) que vão para além de ações que respeitam, de forma mais restrita, sua segurança.

Quadro 1 – Papel do paciente na promoção da segurança

Coluna A	Coluna B
Contribuição para o estabelecimento do diagnóstico.	Monitorização e gestão de tratamentos e procedimentos.
Escolha da equipa de saúde mais adequada.	Redução de taxas de infeção hospitalar.
Participação na decisão de tratamento e na gestão do plano de cuidados.	Desenvolvimento de ações promotoras de segurança e de qualidade dos serviços.

Quadro 1 – Papel do paciente na promoção da segurança (cont.)

Coluna A	Coluna B
Verificação de que o tratamento é devidamente administrado, monitorizado e seguido.	
Identificação e relato de complicações de tratamento e de eventos adversos e incentivo de ações de alteração ou remediação.	

Fonte: Vincent, Coulter (2002).

Fonte: Coulter (2006); Coulter (2011); Koutantji et al. (2002).

Ao considerarmos as contribuições do paciente indicadas no Quadro 1, é possível identificar quatro áreas principais de envolvimento:

- * Tomadas de decisão em questões médicas de diagnóstico e tratamento.
- * Monitorização dos procedimentos do diagnóstico e do tratamento.
- * Identificação e relato de complicações e de eventos adversos.
- * Participação em ações abrangentes de segurança do paciente no âmbito institucional (retornaremos a esse assunto mais adiante).

Envolvimento nas tomadas de decisão em questões médicas de diagnóstico e tratamento

A saúde é, por excelência, uma área de tomadas de decisão. E se, no âmbito da saúde, considerarmos as situações de doença, identificaremos, com facilidade, vários processos de tomada de decisão:

- * a decisão de procura de cuidados médicos;
- * a decisão do diagnóstico (que inclui todas as decisões de procedimentos de pesquisa e o estabelecimento final da patologia);
- * a decisão de aceitação do diagnóstico;
- * a decisão do tratamento e de aceitação do tratamento, não menos importante (senão, a mais importante);
- * a decisão de implementação (isto é, adesão) ao tratamento.

Os processos de tomada de decisão apresentam, sempre, algum grau de complexidade e, evidentemente, a possibilidade de erro. Iremos considerar, nesse ponto, o envolvimento do paciente nas questões de segurança relacionadas com a prevenção (ou minoração) do erro nas decisões médicas referentes ao diagnóstico, e a prevenção do erro do paciente relacionado com a inadequada adesão ao tratamento.

Os erros do diagnóstico são frequentes (Zwaan et al. 2010) e põem potencialmente em causa a segurança do paciente. Para além disso, constituem mais de 30% dos processos por má prática médica (Studdert et al. 2006). No entanto, a inadequada adesão ao tratamento põe potencialmente em risco a evolução positiva da doença e, em consequência, o bem-estar e a segurança do paciente. Interessa, então, saber de que forma a participação do paciente é capaz de contribuir para melhores diagnósticos e maior e mais responsável adesão às recomendações do tratamento.

O envolvimento do paciente nas tomadas de decisão acerca de sua saúde está consagrado em diretivas legislativas (por exemplo, a Diretiva 2011/24/EU Parlamento Europeu; a Política Nacional de Atenção Básica (2005), emanada pelo Ministério da Saúde, Brasília), e diz respeito à participação ativa do paciente na determinação do diagnóstico, nas decisões do tratamento (por exemplo, na escolha de planos terapêuticos), na escolha de equipas de saúde que mais se adéquem a si e em quem ele confie a sua segurança.

“Ouça o paciente, ele está a dizer-lhe o diagnóstico” (Osler 1937).

A frase, proferida por William Osler, considerado o pai da medicina moderna, tem tanta pertinência hoje como nos anos 1920 do século XX. A lição do professor Osler parece não ter ainda sido completamente aprendida, e os pacientes continuam a dizer que são pouco ouvidos, e suas preocupações pouco consideradas para o diagnóstico. Contudo, a contribuição do paciente, como “especialista sobre si”, para o estabelecimento do diagnóstico, não só atempado/oportuno, mas também mais preciso, tem sido confirmada em investigações/pesquisas recentes (Santos et al. 2010; Piker Institut 2010).

Para a participação efetiva do paciente na determinação do diagnóstico, é essencial a valorização de todas as suas queixas, da sua história clínica, das suas crenças em relação a sintomas e do seu conhecimento em relação a si (Joyce-Moniz, Barros 2005). A participação do paciente ainda poderá ser maximizada por sua motivação, pelo papel que ele próprio se atribui na sua relação com os profissionais de saúde e pelo grau de literacia em relação a questões de saúde (Coulter 2011).

Quanto aos benefícios da participação nas decisões do tratamento, apesar do número reduzido de estudos que demonstram evidência científica, não é difícil entender que atitudes orientadas para a par-

tilha com o paciente são mais facilitadoras do estabelecimento de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente (e/ou família), e a comunicação é uma condição indispensável para a segurança do paciente (Santos et al. 2010).



Na realidade, a comunicação será essencial para: a compreensão das preferências do paciente (mesmo em relação ao grau de envolvimento); capacitá-lo quanto à sua doença e às recomendações do tratamento; adequar as decisões ao paciente e às suas competências. O paciente que conhece o tratamento, que percebe e discutiu suas implicações, seus possíveis efeitos secundários e sua efetiva ação na doença estará, com certeza, mais preparado não só para o seguir e não o abandonar em razão de, por exemplo, falsas expectativas, mas também para identificar complicações, atempadamente/oportunamente reportá-las ao médico e com ele discutir as alterações necessárias.

Para além disso, alguns estudos verificaram que a participação do paciente nas decisões de tratamento reduz a prescrição de medicamentos, diminuindo assim o potencial de dano do tratamento (Dentzer 2013), e aumenta a responsabilização do paciente pelo seu tratamento (Coulter, Parsons, Askham 2008). Ouvir o paciente e envolvê-lo nas tomadas de decisão são atitudes que vêm sendo também associadas

a níveis mais elevados de adesão ao tratamento e à satisfação com os cuidados (Weingart et al. 2011).

Acresce ainda que, comparativamente a outros tipos de envolvimento na área da segurança, estudos referem essa forma de participação como da preferência de maior número de pacientes, porque é sentida como “menos intrusiva” do que outro tipo de ações, por exemplo, questionar os profissionais sobre a lavagem das mãos ou a esterilização de instrumentos (Waterman et al. 2006).

Envolvimento na monitorização dos procedimentos do diagnóstico e do tratamento

Nesta área, consideramos importante distinguir entre ações:

Ações de envolvimento do paciente

Em que o paciente intervém verificando de forma direta as condições de segurança ligadas aos procedimentos a que é sujeito, e

outras de automonitorização do tratamento e da evolução clínica.

Quanto à participação do paciente na verificação e monitorização das condições de segurança

O programa *Partners in your care* é um exemplo da promoção do envolvimento do paciente num problema antigo, que tem sido provado de difícil resolução: a lavagem das mãos (isto é, os profissionais lavarem as mãos antes e depois de qualquer procedimento que envolva contacto com risco de contaminação). Segundo a *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organization* (2005), apesar das diversas campanhas, os profissionais de saúde lavam as mãos apenas em 50% das vezes consideradas adequadas. Com o referido programa, pretendeu-se envolver o paciente nesse cuidado. Os pacientes foram esclarecidos quanto aos objetivos, foi-lhes entregue a brochura “*Did You Wash Your Hands?*”. Os resultados da implementação do programa num Serviço de Cardiologia do *Ingham Medical Center*, no Michigan, foram considerados positivos, revelaram o aumento do número de lavagens e a diminuição dos índices de infeção hospitalar (Joint Commission Resources 2005; 2006).



Para saber mais sobre o programa, consulte em *National Patient Safety Agency. Clean your hands campaign. Patient empowerment pilot.* <http://www.thensmc.com/node/537/pv>

Sobre adesão à lavagem de mãos consulte, *Measuring HandHygiene Adherence: Overcoming the Challenges* (2009). http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf

Exemplos semelhantes encontram-se em ações de incentivo do paciente e da família noutras áreas de cuidados, como cirurgias, em que é pedido ao paciente para, na sala de antecâmara da cirurgia, confirmar com o médico o campo cirúrgico (por exemplo, qual é a perna que será submetida à intervenção), o estabelecimento do tratamento, em que é pedida a ação direta do paciente na confirmação da adequação do tratamento (por exemplo, se foram tidos em consideração informações sobre dados de saúde como alergias), ou dos procedimentos do tratamento (por exemplo, confirmando o seu nome no protocolo de tratamento).

O envolvimento do paciente nessas ações tem levantado discussão e suscitado dúvidas que se prendem sobretudo com o acréscimo de responsabilidade do paciente em matérias que não domina (autores falam mesmo na passagem da responsabilidade do médico para o paciente) e com a falta de evidência científica em relação à efetiva eficácia dessas ações na segurança do paciente.

Quanto à automonitorização

Como já foi referido, os pacientes que são devidamente informados sobre o plano de tratamento e os possíveis efeitos secundários estão em melhor situação para participar quer no seu autocuidado, quer na gestão do tratamento e na avaliação da evolução clínica. Os benefícios da automonitorização do tratamento têm sido estudados em áreas diversas, desde os tratamentos em patologias cardíacas/de foro cardíaco (Douketis 2001) até os cuidados primários. Como conclusão desses estudos, temos que o paciente pode ser um parceiro relevante na identificação de sinais de complicações do tratamento e, consequentemente, na necessidade e no reajuste dos planos de intervenção, bem como na prevenção de eventos adversos. Um dos estudos de referência nessa área é o realizado por Connock e colaboradores (2007) com o objetivo de analisar a efetividade e custo-benefício de autogestão no tratamento com anticoagulantes orais em comparação com a monitorização de base clínica (realizada por profissionais de saúde). Os autores concluíram que, entre os 16 (*trials*) estudados, a automonitorização do tratamento tinha melhores resultados que a monitorização clínica mais comum nesses casos, e os resultados foram tão bons como nas situações em que a monitorização clínica era avaliada como de qualidade e efetuada por especialistas.



Para o melhor entendimento sobre a discussão acerca desse tema, sugerimos como leitura complementar: Hall et al. (2010), descrito nas referências deste capítulo.

Para um aprofundamento sobre os benefícios da automonitorização, sugerimos a leitura do artigo de Martin, Larsen (2012), descrito nas referências deste capítulo.



Sobre esse tema, sugerimos como leitura complementar o trabalho de A. Coulter (2011), também descrito nas referências.

Envolvimento na identificação e relato de complicações e de eventos adversos

A identificação e o relato de eventos adversos têm sido dois dos focos de maior atenção das ações para a segurança do paciente. Na realidade, se nem sempre os eventos adversos podem ser prevenidos, então eles devem ser cuidadosamente identificados e reportados de forma a reduzir o dano e aumentar o conhecimento de situações de risco. Esses procedimentos podem mesmo ajudar a implementação de processos que levem à sua diminuição. Em conformidade com essa constatação, tem vindo a ser implementados, em muitos países e organizações de saúde, sistemas de análise e reporte de incidentes.

As contribuições dos pacientes para o relato de incidentes adversos é hoje, igualmente, objeto de atenção e investigação/pesquisa, e, de novo, resultados de estudos empíricos revelam alguma inconsistência. No entanto, a prática clínica e alguns programas, implementados quer em contexto hospitalar, quer em ambulatório (por exemplo, em relação a medicamentos), têm revelado benefícios.

A esse respeito, em 2008, Weissmane e colaboradores publicaram um estudo financiado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* em que compararam as respostas de pacientes (n= 998 pacientes cirúrgicos pós alta hospitalar) e profissionais de saúde a um questionário sobre eventos adversos ocorridos durante o internamento/internação. Os autores concluíram que os pacientes não só demonstravam ter consciência de eventos que não foram reportados, como, comparativamente, indicavam a ocorrência de um número maior desses eventos. Apesar de, como referido pelos autores, esses resultados não poderem ser considerados “*gold standard*”, e, apesar de questões como a possível confusão por parte dos pacientes entre eventos adversos e situações de diminuída qualidade de prestação, dever ser considerado, parece, neste estudo, claro, que os pacientes internados estão despertos para as questões de segurança e podem ser parceiros na identificação de situações de risco.

Para refletir

Como você percebe, em sua organização, o nível de envolvimento dos pacientes em questões como diagnósticos, tratamento e segurança do paciente?

Existe algum tipo de incentivo por parte dos profissionais de saúde para maior envolvimento dos pacientes e seus familiares?

Qual é o seu grau de acordo com essa orientação?

Determinantes e limites do envolvimento

Após serem referidas as áreas de envolvimento, cabe, agora, mencionar a questão relativa aos determinantes e aos limites desse envolvimento. Partimos para essa discussão tendo como referência os resultados dos estudos nessa área, segundo os quais não só o grau de motivação para o envolvimento é muito diverso, como também os pacientes parecem mais disponíveis a se envolver em determinadas áreas e tarefas em detrimento de outras.

Em relação aos determinantes para o envolvimento, são sobretudo referidos factores relacionados com:

- a) o próprio paciente;
- b) a doença e as tarefas; e
- c) os profissionais de saúde.



Para mais detalhes sobre factores determinantes para o engajamento, leia: Coulter (2011); Davis et al. (2007); Martin, Larsen (2012).

Quanto aos determinantes do próprio paciente

O envolvimento tem provado estar associado a características demográficas, particularmente a idade, o género, os níveis de educação (em especial de literacia médica) e as redes de apoio. Assim, encontram-se níveis mais elevados de envolvimento em indivíduos mais jovens; nas mulheres, com níveis mais elevados de literacia e com redes de apoio familiar (nesses casos, considerando também o envolvimento da família). Em relação a esses resultados, não é difícil entender que a idade e a literacia estão também a elas associadas. Na realidade, na grande maioria das sociedades de hoje, assiste-se ao aumento da literacia das camadas mais jovens e, conseqüentemente, a níveis mais elevados de sentimento de autoeficácia e de motivação para a participação do indivíduo nas mais variadas áreas de vida.

Figura 1 – Quando um paciente procura informação sobre sua condição de saúde (por exemplo, na internet), isso deve ser considerado pelo médico e discutido, pois demonstra o envolvimento do paciente com seu processo de cuidado




Fonte: Wikimedia Commons (2008).

Ainda no que diz respeito ao paciente, tem sido dada cada vez maior relevância às crenças dos pacientes, em especial sobre a vulnerabilidade para a ocorrência de eventos adversos, competência para o envolvimento e atribuição de papel no processo de saúde e doença. Os resultados dos estudos apontam para níveis mais elevados de motivação para o envolvimento, associados a crenças de maior vulnerabilidade a incidentes e de atribuição de competência para sua prevenção, e atribuição de um papel mais ativo em relação à sua saúde, à doença e ao seu tratamento. A esse respeito, é importante repetir que assistimos, nos nossos dias, ao aumento de vontade expressa dos pacientes em ser considerados como parceiros nesses processos.

Quanto aos factores relativos à doença e às tarefas

Estudos preliminares associam níveis mais elevados de envolvimento em condições clínicas menos incapacitantes. Esses resultados são entendíveis se pensarmos que pacientes com condições clínicas mais severas ou incapacitantes estão, normalmente, mais debilitados, sentem-se menos conhecedores das questões associadas à gravidade do seu estado, estando, por isso, mais incapazes de tomar a responsabilidade na tomada de decisão. No entanto, em relação a esse aspeto, é de referir a existência de estudos, como o realizado por Stewart et al. (2000), no qual mulheres com cancro/câncer de ovário com pior prognóstico (isto é, maior possibilidade de metastização) mostraram estar mais envolvidas do que as que tinham melhor prognóstico.

Quadro 2 – Determinantes do envolvimento do paciente



Tarefas Associadas a maior envolvimento:

- que dizem respeito à monitorização;
- que não envolvem confronto com os profissionais de saúde;
- que exigem menor conhecimento de temáticas médicas (por exemplo manter um registo/registo diário de adesão ou a monitorização de sintomas).

Fonte: Wikipédia (2006).

Quanto aos factores relacionados com os profissionais de saúde

Parece claro que o envolvimento do paciente quer no que diz respeito à preparação, quer quanto ao nível de envolvimento, quer em relação às áreas ou tarefas de envolvimento e à efetiva importância atribuída a esse envolvimento é determinado pela influência e intervenção do

profissional de saúde e pela coerência entre as crenças e vontades do paciente e as crenças e vontades do profissional.

A importância que atribuímos a esse factor leva ao seu aprofundamento nos pontos seguintes deste capítulo.

Envolvimento do paciente na segurança dos cuidados de saúde – perspectiva dos profissionais de saúde

Envolvimento do paciente e o modelo de centração no paciente

“A era da medicina paternalista, onde o médico conhece o melhor para o paciente, e este se sente afortunado com isso, terminou” (Specter 2013).

Em meados do século passado, o psicanalista Michael Balint, propôs o modelo de centração no paciente precisamente como alternativa aos modelos centrados na doença ou no próprio profissional de saúde (Balint 1969). Esse modelo, que pode ser definido como “os cuidados que respeitam e são responsivos às necessidades, desejos e preferências do paciente e asseguram que todas as decisões são guiadas pelos valores do paciente” (Institute of Medicine 2001, p. 3), é o modelo que sustenta o envolvimento do paciente pelo lado do profissional de saúde. Na verdade, é hoje aceite pela maioria dos autores que afirmam, para evitar os erros provocados pelo modelo paternalista, ser necessário incluir o paciente em todas as fases do processo terapêutico (planeamento/planejamento, tomada de decisão, trabalho em equipa etc.) (Bronkart 2013).

Berwick (2009) destaca três asserções que sintetizam a centração no paciente, a saber:

1. As necessidades do paciente vêm primeiro.

2. “Nada acerca de mim sem mim” e

3. Todo o paciente é único.

O primeiro ponto (1) enfatiza que o melhor interesse do paciente é o único que deverá ser considerado pelo profissional de saúde. Daqui decorre a necessidade de compreender, com minúcia, a experiência subjetiva do paciente e, quando adequado, da sua família. Efetivamente, o facto do profissional de saúde proceder com a melhor das intenções não garante a satisfação das necessidades do paciente e dos seus familiares (DiGioia et al. 2010).

No segundo ponto (2), o slogan, lançado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido e utilizado mais recentemente (2001) pela Fundação Nacional de Segurança dos Pacientes (EUA), “Nada acerca de mim, sem mim” preconiza a necessidade de transparência e participação do paciente e exige que o profissional de saúde se comunique de forma eficaz (Bronkart 2013).

E, por último, o terceiro ponto (3) perspectiva o paciente como único e remete para a necessidade de o profissional dever considerar-se um “convidado” na vida do paciente, bem como para a aceitação da personalização dos cuidados prestados. Seguindo esses três pontos, fica claro que toda a equipa de saúde trabalhará empenhada em colmatar/atenuar as necessidades do paciente e dos seus familiares (DiGioia et al. 2007).

Exigências do modelo de centração no paciente:

- Partir da situação do paciente (explorar significações de doença e compreender a pessoa em sua totalidade).
- Legitimar a experiência de doença (por exemplo, reconhecer as preocupações, sentimento de perda do paciente).
- Aceitar o paciente como especialista (acreditar na capacidade do paciente para confrontar a situação de doença ou manter a sua saúde).
- Oferecer esperança realista (facultar esperança e suporte no contexto da incerteza ou de prognóstico reservado).
- Desenvolver uma parceria (essa parceria é negociada ao longo do tempo e assenta nas capacidades do paciente).
- Providenciar apoio para o paciente dentro no próprio sistema de saúde (guiar e apoiar o paciente no sistema de saúde).

Centrado no princípio ético da autonomia (Neves 2006), o consentimento informado surge como um excelente exemplo da necessidade de envolvimento do paciente pelo lado do profissional de saúde. Afastando-se inequivocamente da perspectiva de Hipócrates, de quem ficou

célebre a frase: “Fiz tudo ocultando ao paciente a maior parte das coisas [...]” (Hipócrates – 460-377 a.C. – Sobre a decência), o consentimento informado é hoje um conceito de tendência universal e pressupõe que “o paciente tem o direito a receber, e o médico o dever de prestar o esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença” (Ordem dos Médicos, n.1, art. 44, 2008).

O consentimento livre e informado requer que o profissional, após certificação da capacidade de discernimento do paciente, forneça informação de forma clara e honesta a respeito da natureza, duração, objetivos, riscos, efeitos e inconvenientes de um procedimento médico (por exemplo, exame de diagnóstico, tratamento) (Silva 1998). O profissional terá assim de, por meio de uma relação de pareceria (modelo de centração), confirmar a real compreensão do paciente e esclarecer suas eventuais questões, de modo a que esse último possa realizar uma escolha consciente e informada (Muniz, Fortes 1998).

Benefícios e desafios do modelo de centração no paciente para os profissionais de saúde

Os profissionais de saúde apontam como principais benefícios do envolvimento do paciente a maior participação desse último, a automonitorização da saúde e a melhor compreensão da condição de saúde/doença, bem como dos tratamentos propostos (European Commission 2012). Não obstante a noção clara das vantagens que o envolvimento do paciente aporta, parece existir, ainda, um longo caminho a percorrer no sentido da adoção plena desse modelo. Com efeito, o cidadão comum mantém a percepção que os profissionais de saúde não respondem às questões e preocupações dos pacientes (Entwistle et al. 2005), e, em muitas situações, a afirmação de Slack e colaboradores (1970), “os pacientes são o recurso mais desaproveitado na saúde”, continua a ser verdadeira.

Para refletir

Como profissional da área de saúde, como você vê a questão do envolvimento do paciente? Que benefícios você acredita que, na prática, esse tipo de postura pode trazer? E quais seriam os pontos negativos (caso existam)?

Que dificuldades você já experimentou ou prevê poder vir a experimentar na adoção dessa orientação?



Importa notar que existem limites à aplicação do consentimento livre e informado que não cabem neste capítulo, nomeadamente os casos dos menores ou de adultos incapazes, e as situações de urgência (Oliveira, Pereira 2006).



Para saber mais sobre consentimento informado, consulte:

- Muñoz R, Fortes P. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Conselho Federal de Medicina. Iniciação à bioética. Brasília, DF: CFM; 1998. p. 53-70.
- Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica. Brasília, DF: CFM; 2009. artigos 46, 48, 56, 59, 123 e 124.
- Oliveira G. Pereira, A. Consentimento informado. Coimbra: Centro de Direito Biomédico, 2006.

Na realidade, durante muito tempo, acreditou-se que os pacientes não poderiam contribuir com nada de interessante para seu processo terapêutico, uma vez que a saúde/doença engloba áreas muito específicas sobre as quais apenas profissionais altamente qualificados detinham conhecimento (Bronkart 2013). Não admira, portanto, que a literatura atual destaque algumas dificuldades que emergem quando os profissionais procuram utilizar um modelo mais centrado no paciente. Alguns manifestam certa apreensão perante a possibilidade de que, ao envolver o paciente, ele possa, por um lado, discordar abertamente do profissional de saúde e, por outro lado, tente diagnosticar-se e tratar-se a si próprio (European Commission 2012) fazendo escolhas “erradas”. Sem negar a possibilidade que tal aconteça, Berwick (2009) salienta que essas situações constituem exceções, e casos extraordinários não devem servir de base para a construção de regras. Outra dificuldade advém da sensação de que, ao trabalhar de acordo com o modelo de centração no paciente, o clínico negligencia os seus próprios desejos e necessidades. Ora, como é sabido, esse modelo pressupõe que o profissional tome consciência das suas emoções e retome os princípios básicos de ajuda que caracterizam a relação profissional de saúde-paciente.

Por último, e com maior ênfase na literatura, surge a crença de que o envolvimento do paciente acarreta necessariamente mais custos. Contrapondo essa perspectiva, diversos estudos recentes (por exemplo, DiGioia et al. 2010) têm vindo a demonstrar que a centração no paciente melhora os resultados de saúde sem acréscimo financeiro.

Limites dos profissionais de saúde e necessidade de envolvimento do paciente

Os profissionais de saúde não podem responder às necessidades dos pacientes se eles não as expressam; para além disso, não conseguem diagnosticar com rigor ou prescrever com segurança se a informação relevante não consta do registo médico ou está incorreta. Nesse contexto, existem, atualmente, autores (por exemplo, Bronkart 2013; Coulter 2012), que poderemos apelidar de mais “radicais”, defensores do livre acesso ao registo médico pelos pacientes e suas famílias, argumentando que se trata de uma forma especialmente eficaz de detetar erros e, como consequência, evitar incidentes. Os mesmos autores enfatizam que, considerando o constante progresso da medicina, é hoje humanamente impossível para qualquer profissional de saúde ser detentor de todo o conhecimento científico existente na sua área do saber. A título de exemplo, só em 2010, foram indexados ao sistema de publicação da *Medline* 800 mil artigos. Dessa forma, quando um paciente inicia um processo de procura de informação, especialmente

em situações de pior prognóstico ou mais raras (por exemplo, alguns tipos de cancro/câncer), ele não deverá ser encarado com desconfiança, mas sim como possível coadjuvação ao próprio profissional.

São, aliás, cada vez mais comuns as situações em que o paciente confronta o clínico com possibilidades de tratamento encontradas por meio de pesquisas pessoais. Dave de Bronkart é atualmente o exemplo mais divulgado dessas situações. Após o diagnóstico de cancro/câncer raro em fase terminal, Bronkart encontrou, fazendo suas pesquisas, um tratamento desconhecido pelo seu médico e que lhe salvou a vida. Essa experiência levou o paciente a tornar pública sua condição e iniciar uma cruzada no sentido de maior envolvimento do paciente nos cuidados de saúde.

Longe de considerar que tudo o que os pacientes encontram, nomeadamente na internet, aporta bons resultados terapêuticos, os autores parecem unânimes quanto à necessidade de valorizar a informação facultada no contexto da relação médico-paciente e encorajar o envolvimento do paciente (veja como no destaque a seguir) (Bronkart 2013; Coulter 2012).



Para saber mais sobre esse caso, visite o endereço: http://www.ted.com/talks/dave_debronkart_meet_e_patient_dave.html

Dez verbalizações que os profissionais podem utilizar para encorajar o envolvimento do paciente

1. "Estou aqui para trabalhar em conjunto consigo em prol da sua saúde. Somos uma equipa."
2. "Aprenda o mais que puder acerca da sua condição. Aqui tem algumas formas possíveis por onde pode começar..."
3. "Fale sobre a sua condição com outros pacientes em situações idênticas."
4. "Eu encorajo-o a pedir uma segunda opinião antes de decidir em relação a uma grande cirurgia ou outros tratamentos igualmente sérios."
5. "Eu não tenho a resposta para a sua questão; vamos procurar os dois juntos."
6. "Existe um número considerável de opções, cada uma com prós e contras. Vamos falar daquela que prefere."
7. "Aqui tem a forma como pode contactar-me via electrónica/email."
8. "Estes são os assuntos que eu gostaria de abordar consigo hoje: Quais são as suas preocupações?"
9. "Conseguir abordar todas as suas preocupações? Há mais alguma coisa?"
10. "Sinta-se à vontade para ler os seus resultados dos exames e o resto do seu registo médico disponível on-line sempre que desejar. Também poderá utilizar o website para agendar um encontro, solicitar uma requisição ou realizar outras tarefas administrativas."

Fonte: Bronkart (2013, p. 49).

Envolvimento do paciente na segurança dos cuidados de saúde – perspectiva das organizações ou dos serviços

Cultura de segurança nas organizações: o envolvimento do paciente como prioridade

Para que o envolvimento do paciente seja concretizado de forma consistente, torna-se imperativo que os serviços de saúde coloquem os pacientes no topo das suas prioridades (DiGioia et al. 2007). O mesmo é dizer que o envolvimento do paciente e da família, assim como sua integração na forma de parceiros efetivos da equipa de saúde deverão constituir-se como um dos principais objetivos de qualquer serviço de saúde (European Commission 2012). Os pacientes e família precisam ser tratados com dignidade e respeito por todos os membros da organização e encorajados a reportar preocupações relacionadas com a segurança. Na verdade, a probabilidade de os pacientes aderirem aos tratamentos e, conseqüentemente, alcançarem melhores resultados é maior quando eles sentem suporte não apenas por parte dos clínicos, mas também de toda a organização de saúde que lhes presta cuidados (Joint Commission Resources 2006).

Líderes e membros da organização de saúde necessitam criar uma cultura de segurança que se traduz pela plena adoção do modelo de centração no paciente (Joint Commission Resources 2006), em oposição ao modelo tradicional. Nesse modelo, o foco da organização era colocado no estabelecimento de rotinas que funcionam para os profissionais de saúde, mas que não promovem a qualidade e contribuem para a insatisfação dos pacientes e das suas famílias, e os pacientes, mais que ajudados, podem ser lesados (Kohn et al. 1999).

Essa perspectiva requer a reestruturação de muitos serviços, sendo essencial a existência de lideranças concentradas em remover barreiras (DiGioia et al. 2007), promover a mudança de atitudes por parte de todos os membros da organização (Joint Commission Resources 2006) e facilitar as práticas necessárias para alcançar os objetivos (DiGioia et al. 2007). Trata-se de um processo que requer tempo, pois depende do estabelecimento de relações baseadas na comunicação aberta e na confiança mútua entre líderes, administradores, restantes membros da organização e pacientes. Não admira, portanto, que essa mudança origine certo grau de desconforto no seio de algumas organizações. Contudo, esse parece ser um caminho sem retrocesso possível, pois a realidade atual demonstra, de forma clara, que, por um lado, quando

a segurança é baseada por uma cultura da culpa, ela gera animosidades e relações tensas entre os elementos da equipa. Por outro lado, a incapacidade para se comunicar de forma aberta e respeitosa com os pacientes contribui para a ocorrência de erros médicos, que podem provocar danos ou mesmo a morte do paciente.

A criação de serviços que promovem envolvimento do paciente nas organizações

A ouvidoria em saúde é um instrumento da gestão pública e do controlo social para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados [...]. (Ministério da Saúde 2005 p. 13).

Figura 2 – Campanha de divulgação da Ouvidoria do SUS no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil.

Em algumas organizações que estabeleceram uma clara cultura de segurança, o envolvimento do paciente tem vindo a consubstanciar-se na criação de serviços de ouvidoria de apoio do utente/usuário e familiares. A *Joint Commission Resources* (2006) salienta que a criação desses serviços terá de ser suportada, em primeira instância, pelos líderes e apenas resultará se a organização de saúde possuir equipas multidisciplinares que trabalhem de forma verdadeiramente eficaz. Essa equipa deverá ser composta de pessoas que demonstrem respeito e sensibilidade para ouvir e assimilar as informações, sejam capazes de atuar com consciência crítica e possuam os conhecimentos necessários para proceder ao melhor encaminhamento de cada caso apresentado pelo paciente (Ministério da Saúde 2005).



- Para saber mais sobre o caso das pacientes de Boston, consulte: <http://www.dana-farber.org/Adult-Care/New-Patient-Guide/Adult-Patient-and-Family-Advisory-Council.aspx>
- O *Institute for Family Centered Care* disponibiliza informação e materiais para ajudar os interessados em criar e manter gabinetes de ouvidoria para pacientes e familiares no endereço: www.familycenteredcare.org

Esses serviços influenciam positivamente as atitudes dos membros da organização, no sentido de eles envolverem de facto o paciente e sua família como parceiros na prestação de cuidados de saúde. A experiência das instituições que construíram esses gabinetes demonstra que o mais relevante resulta da criação de mecanismos que possibilitem aos pacientes e famílias trabalharem em colaboração com os profissionais de saúde e os administrativos para a contínua promoção dos cuidados prestados, assim como para a educação dos elementos da equipa. A título de exemplo, em 1998, na sequência dos efeitos provocados pelo facto de duas pacientes receberem quatro vezes a sua dose diária de quimioterapia para tratamento de carcinoma mamário, o Instituto do Cancro/Câncer Dana-Fraber, em Boston, empenhou-se em promover ativamente a participação do paciente em todos os aspetos do funcionamento do hospital. Entre outras vertentes, os elementos que fazem parte do gabinete de ouvidoria dessa organização acompanham os médicos nas visitas médicas e são encorajados a perguntar ao paciente como tem sido a experiência do internamento/internação. Essa participação do paciente e da família como parceiros promoveu a qualidade dos cuidados, aumentou a autoestima dos pacientes e incrementou a segurança do paciente ao tornar possível não apenas a identificação atempada/oportuna de potenciais problemas, mas também o desenvolvimento de soluções mais eficazes (isto é, que atendam às necessidades dos pacientes) para os problemas encontrados.

Para refletir

Qual a postura da sua organização em relação aos canais de comunicação com os pacientes? Existe uma ouvidoria ou gabinete do utente/usuário ou serviço ou departamento semelhante? Como você os avalia?

A comunicação dos incidentes ocorridos aos pacientes e famílias (*disclosure*)

Num sistema de saúde que se pretende centrado no paciente, a informação sobre a ocorrência de um incidente relacionado com os cuidados de saúde é um imperativo. A informação ao paciente sobre um incidente pode ser definida como a “comunicação entre o profissional de saúde e o paciente ou familiar na qual é reconhecida a ocorrência de um erro, discutido o acontecimento e estabelecida a ligação entre o erro e o seu efeito, de forma que seja perceptível para o paciente” (Lazare 2006). Sorensen e colaboradores (2008) referem ainda que “a comunicação aberta é de facto a formalização do processo entre profis-

sionais de saúde e paciente, e deveria ser a base de toda a comunicação, independentemente de se referir ou não a um incidente”.

A maioria dos autores considera essa informação como uma “boa prática”, e, em vários questionários a profissionais de saúde, a porcentagem daqueles que têm intenção de comunicar um incidente é elevada, contrastando com o pequeno número daqueles que têm experiência real de o fazer (Sorensen et al. 2008; Gallagher et al. 2006; McIntyre, Popper 1983).

Os pacientes que foram vítimas de um incidente e seus familiares esperam uma informação explícita de como o incidente ocorreu, como será prevenido no futuro e um pedido de desculpas. Para a grande maioria dos pacientes, as medidas que vão tomar após um incidente (decisão positiva ou negativa de litígio) estão diretamente relacionadas com a forma como a informação lhes foi transmitida nos dias imediatos à sua ocorrência (Lazare 2006; Sorensen et al. 2008; Boyle et al. 2006; Berwick 2009).

Algumas das barreiras e vantagens sentidas pelos profissionais e pacientes na revelação de eventos adversos e referidas na literatura (Lazare 2006; Boyle et al. 2006; Gallagher et al. 2006; Harvard 2006; Lamb et al. 2003) estão resumidas no Quadro 3.

Quadro 3 – Benefícios e riscos expressos ao revelar incidentes adversos

	Barreiras e riscos	Benefícios
Profissionais de saúde	Medo de litígio Falta de coragem Incerteza sobre conteúdo da entrevista Falta de treino Medo de preocupar o paciente Medo do que o paciente possa dizer Perda de prestígio/status Isolamento, falta de apoio Pressão silenciadora da organização	Alívio Retomada da relação e da confiança com o paciente <i>Feedback</i> do paciente sobre os cuidados Diminuição da possibilidade de lesão para outros Transparência Detecção de falhas no sistema
Pacientes	Medo de retribuição negativa dos profissionais e da organização Sentimento de culpa dos familiares Canais de comunicação difíceis Medo de ser abandonado nos cuidados Difícil percepção do erro Medo de ofender os clínicos Culpa diluída no sistema	Tratamento adicional Compensação financeira Menor ansiedade relativa a sintomas inexplicados Maior confiança nos profissionais Percepção de ser respeitado por parte dos profissionais Contribuição para a prevenção e análise do incidente



Para aprofundar esse tema, veja mais informações sobre o protocolo SPIKES – Protocolo de seis passos para comunicar más notícias (Baile W, et al. SPIKES: a six-step protocol for delivering bad news. *Oncologist*. 2000 Aug; 5(4):302-11).

O *Consensus Statement of the Harvard Hospitals: Responding to Adverse Events*, publicado em março de 2006 (Harvard 2006), é um excelente guia para todo o processo de informação ao paciente relativo a um evento adverso, percorrendo, de forma prática e objetiva, as questões fundamentais de quais são os incidentes a serem revelados, por quem, quando e como. Sugere a necessidade de apoio para a vítima do incidente (cuidados de saúde gratuitos), mas também de uma estrutura dinâmica de apoio aos profissionais envolvidos (“*emotional first aid*”). Várias organizações de saúde nas quais uma política de comunicação aberta é incentivada verificaram, paradoxalmente, diminuição do número de reclamações e processos litigiosos (Lamb et al. 2003; Berwick 2003; Berwick 2009).

Estratégias para a promoção do envolvimento do paciente

Depois de abordar as questões principais do envolvimento do paciente em matérias de segurança, cabe, agora, sistematizar algumas estratégias de promoção do envolvimento (Quadro 4) não apenas para o paciente, mas também para os profissionais de saúde e para as próprias organizações de saúde. Várias dessas estratégias requerem mudanças de atitudes e até treino de competências.

Quadro 4 – Estratégias e promoção do envolvimento do paciente

Paciente	Profissionais de saúde	Organizações de saúde
Desenvolver o sentido positivo do envolvimento ¹ Promoção da literacia ² Treino das competências comunicacionais ²	Motivar e dotar de competências para a utilização do modelo de centração no paciente ¹ Promoção de atitudes facilitadoras do envolvimento do paciente ¹ Treino das competências comunicacionais ¹ Utilizar o consentimento livre e informado de forma apropriada Comunicações de incidentes aos pacientes	Cultura de segurança do paciente Formação das lideranças para o envolvimento do paciente Treino do trabalho em equipa multidisciplinar Criação de gabinetes do utente/usuário/ouvidoria, envolvendo os pacientes como parceiros integrais em todos os aspetos da organização ²

¹ Entwistle, Watt (2006)

² Joint Commission Resource (2006)

Considerações finais

Ainda que se mostre desejável, a promoção do envolvimento do paciente e da família na sua segurança deverá ser orientada pelo conhecimento claro não só do âmbito e das oportunidades para esse envolvimento, mas igualmente dos seus limites e obstáculos. No entanto, o envolvimento efetivo do paciente implica sempre que ele tenha oportunidade para avaliar e discutir os cuidados que recebe, com a certeza de que os profissionais que prestam esses cuidados utilizarão essa informação de forma construtiva, orientada para a melhoria da sua qualidade.

Por último, importa ressaltar que, nas próximas décadas, as escolas de saúde serão chamadas a alertar os profissionais de saúde para a importância da comunicação eficaz com os pacientes, não apenas porque possibilita maior satisfação (Cvengros et al. 2007), aumento da adesão ao tratamento (Arbuthnott, Sharpe 2009; DiMatteo 2004), restabelecimento mais rápido do paciente (Street 2009) e menor perturbação emocional (Corney 2000), mas, principalmente, porque se trata de uma importante ferramenta para a promoção da segurança do paciente e prevenção de incidentes (Gong et al. 2006). Na maioria das escolas, esse desafio acarreta alterações substanciais na sua oferta formativa, uma vez que os resultados de estudos realizados com estudantes e profissionais apontam, de forma inequívoca, para a necessidade da promoção do treino de competências comunicacionais no ensino pré e pós-graduado (Grilo 2010). Assim, é necessário que o ensino das competências comunicacionais no ensino pré-graduado se prolongue até a entrada na vida profissional. Deverá tratar-se de um processo contínuo, com início nos primeiros anos da formação dos futuros profissionais, e vá acompanhando os contactos desses com os pacientes em contexto de supervisão (Grilo 2010; Joint Commission Resources 2006). Já no decurso da vida profissional, importa considerar que os profissionais necessitam de tempo e esforço para corrigir suas falhas (Fallowfield et al. 1998), justificando-se a inclusão de programas de treino que partam das competências comunicacionais de cada profissional, de forma a responder mais adequadamente às suas necessidades específicas (Rollnick, Kinnersley & Butler 2002).

Referências

Adams RJ, Smith BJ, Ruffin RE. Patient preferences for autonomy in decision making in asthma management. *Thorax*. 2001 Feb;56(2):126–32.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2012. Disponível em: www.anvisa.gov.br.

Agency of Healthcare Research and Quality. Five steps to safer healthcare: patient fact sheet. Rockville, MD: AHRQ; 2004.

Arbuthnott A, Sharpe D. The effects of physician-patient collaboration on patient adherence non-psychiatric medicine. *Patient Educ Couns*. 2009;77(1):60-7.

Balint M, Ball DH, Hare ML. Training medical students in patient-centered medicine. *J Compr Psychiatry*. 1969;10(4):249-58.

Berwick D. Errors today and errors tomorrow. *N Engl J Med*. 2003;348:25-19.

Berwick, D. What "patient-centered" should mean: confessions of an extremist. *Health Aff*. 2009;28(4): w555-5.

Boyle D, O'Connell D, Platt FW, Albert RK. Disclosing errors and adverse events in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006;34:1532-37.

Bronkard D. "Let patients help": a patient engagement handbook. USA: Create Space Independent Publishing Platform; 2013.

Center for Advancing Health. A new definition of patient engagement: hat is engagement and why is it important? Washington, D: CAH; 2010.

Connock M, Stevens C, Fry-Smith A, Jowett S, Fitzmaurice D, Moore D, Song F. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of different models of managing long-term oral anticoagulation therapy: a systematic review and economic modelling. *Health Technol Assess*. 2007;11(38):iii-iv, ix-66.

Conselho Federal de Medicina. (2009) Código de médica ética. Brasília, DF: CFM; 2009.

Corney R. O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento na medicina. Lisboa: Climepsi Editores; 2000.

Coulter A. Engaging patients in healthcare. New York: Open University Press; 2011.

Coulter A. Engaging patients in their healthcare. Oxford: Picker Institute Europe; 2006.

Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in in decision-making about their own care? Geneva: World Health Organization; 2008.

Cvengros J, Christensen A, Hillis S, Rosenthal G. Patient and physician attitudes in the health care context: attitudinal symmetry predicts patient satisfaction an adherence. *Ann Behav Med*. 2007;33(3):262-8.

Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect*. 2007 Sep;10(3):259-67.

- Dentzer S. Rx for the 'blockbuster drug' of patient engagement. *Health Aff.* 2013;32(2):202.
- DiGioia A, Greenhouse P, Levison, T. Patient and Family-centered collaborative care. *Clin Orthop Relat Res.* 2007;463:13-9.
- DiGioia, A, Lorenz H, Greenhouse P, Bertoty D, Rocks, S. A patient-centered model to improve metrics without cost increase. *J Nurs Adm.* 2010 Dec;40(12): 540-6.
- DiMatteo MR. The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient Educ Couns.* 2004;55(3):339-44.
- Douketis JD. Patient self-monitoring of oral anticoagulant therapy: potential benefits and implications for clinical practice. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2001;1(4):245-51.
- Entwistle VA, Mello MM, Brennan TA. Advising patients about patient safety: current initiatives risk shifting responsibility. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2005 Sep;31(9):483-94.
- Entwistle VA, Watt I. Patient involvement in treatment decision-making: the case for a broader conceptual framework. *Patient Educ Couns.* 2006;63(3):268-78.
- European Commission. Eurobarometer qualitative study: patient involvement. Brussels: Directorate-General for Health and Consumers; 2012.
- Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol.* 1998;16(5): 1961-68.
- Finkelstein J, Knight A, Marinopoulos S, et al. Enabling patient-centered care through health information technology. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012 Jun. (AHRQ Publication, No. 12-E005-EF).
- Gallagher TH, Garbutt JM, Waterman AD, et al. Choosing your words carefully. How physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med.* 2006;166:1585-93.
- Gong Y, Zhu M, Li J, Turley J, Zhang J. Clinical communication ontology for medical errors. *AMIA Annu Symp Proc.* 2006:930.
- Grilo AM. Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências [tese]. Lisboa: Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa; 2010.
- Hall J, Peat M, Birks Y, Golder U, et al. Effectiveness of interventions designed to promote patient involvement to enhance safety: a systematic review. *Qual Saf Health Care.* 2010 Oct;19(5):e10. doi:10.1136/qshc.2009.032748.
- Harvard Hospitals. When things go wrong: responding to adverse events: a consensus Statement. [Local desconhecido]: Harvard Hospitals; 2006.

Hibbard J, Green J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff.* 2013;32:2207-14. doi:10.1377/hlthaff.2012.1061

Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Loignon C, Lambert M, Poitras M. Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Educ Couns.* 2012;88:170-6.

Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system of the 21st century.* Washington, DC: National Academies Press, 2001.

Joint Commission. *Patient as partners: how to involve patients and families in their own care.* Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2006.

Joint Commission. *Speak up initiatives.* Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission; 2004.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. *Joint Commission Resources Mission: patients as partners.* Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission; 2006 [citado 2014 Set 5]. Disponível em: <http://www.jcrinc.com>.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. *Speak up: help prevent errors in your care.* Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission; 2005 [citado 2014 Set 5]. Disponível em: <http://www.jcahio.org/accredited+organizations/speak+up/speak+up+index.htm>.

Joint Commission Resources. *Case study: Ingham Regional Medical Center involves patients in the infection control process.* *Jt Comm Perspect Patient Saf.* 2005 Apr; 5:9-10.

Joyce-Moniz L, Barros L. *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção.* Lisboa: Edições Asa; 2005.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine; 1999.

Koutantji M, Davis R, Vincent C, Coulter. The patient's role in patient safety: engaging patients, their representatives, and health professionals. *Clin Risk.* 2005;1199-104.104.

Lamb RM, Studdert DM, Bohmer RMJ, Berwick D, Brennan TA. Hospital disclosure practices: results of a national survey. *Health Aff.* 2003;22(2):73-83.

Lazare A. Apology in medical practice: an emerging clinical skill. *JAMA.* 2006;296:1401-04.

Martin H, Larsen J. *Patient involvement in patient safety: a literature review about European primary care.* Copenhagen: The Danish Institute for Health Services Research; 2012.

McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *BMJ.* 1983;287:1919-23.

Ministério da Saúde (Brasil). *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília, DF: MS; 2007.

Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Gestão Participativa. Oficinas de Ouvidoria. Brasília, DF: Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS; 2005.

Muñoz R, Fortes P. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Conselho Federal de Medicina. Iniciação à bioética. Brasília, DF: CFM; 1998. p. 53-70.

National Health Services (NHS). Plan for investment; plan for reform. London: Secretary of State for Health By Command of Her Majesty UK; 2000.

Neves N. Ética para futuros médicos: é possível ensinar? Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 2006.

Oliveira G. Pereira, A. Consentimento informado. Coimbra: Centro de Direito Biomédico, 2006.

Ordem dos Médicos (Portugal). Código deontológico. Lisboa: OM; 2008.

Osler W. A way of life. New York: Harper & Row, 1937.

Piker Institute Europe, Department of Health. Invest in engagement. Oxford: Picker Institute Europe; 2010.

Rao J, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. Arch Family Med. 2000;9:1148-55.

Rollnick S, Kinnnersley P, Butler C. Context-bound communication skills training: development of a new method. Med Educ. 2002;36:377-83.

Santos M, Grilo A, Andrade G, Guimarães T. Comunicação em saúde e segurança do paciente: problemas e desafios. Rev Port Saúde Pública. 2010;10:47-57.

Secretary of State for Health England. The national health plan: a plan for investment, a plan for reform. London: The Stationery Office; 2002.

Silva F. Da ética filosófica à ética em saúde. In: Conselho Federal de Medicina. Iniciação à bioética. Brasília, DF: CFM; 1998. p. 19-38

Slack WV, Van Cura LJ, Greist JH. Computers and doctors: use and consequences. Comput Biomed Res. 1970 Oct 5; 3(5):521-7.

Sorensen R, Iedema R, Piper D, et al. Health care professionals views of implementing a policy of open disclosure of errors. J Health Serv Res Policy. 2008;13:227-32.

Specter M. The New Yorker, 2013 Feb 4.

Stewart DE, Wong F, Cheung AM, Dancey J, Meana M, Cameron JI et al. Information needs and decisional preferences among women with ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2000;77:357-61.

Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009;74:295-301.

Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med*. 2006;354(19):2024-33.

TNS Qual+; European Commission. Eurobarometer qualitative study: patient involvement: aggregate report 2012. Brussel: TNS Qual+, 2012.

UK. Department of Health. Equality and excellence: liberating de NHS. London: The Stationery Office, 2010 Jul.

Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Qual Safe Health Care*. 2002;11(1):76-80.

Vincent C. et al The patient's role in patient safety: engaging patients, their representatives, and health professionals. *Clin Risk* 2005;1199-104.104.

Waterman AD, Gallagher TH, Garbutt J, Waterman BM, Fraser V, Burroughs TE. Hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention. *J Gen Intern Med*. 2006;21:367-70.

Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Epstein AM, David-Kasdan J, et al. Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not? *Ann Intern Med*. 2008 Jul 15;149(2):100-8.

Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int J Qual Health Care*. 2011;23:269-277L.

Wikimedia Commons. File:Doctor and couple talking (1).jpg. 2008 [citado 2014 Out 21]. Disponível em: [http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Doctor_and_couple_talking_\(1\).jpg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Doctor_and_couple_talking_(1).jpg)

Wikipédia. Relación médico paciente. 2006 [citado 2014 Out 21]. Disponível em: http://en.wikipedia.org/wiki/Medicalization#mediaviewer/File:Relaci%C3%B3n_M%C3%A9dico_Paciente.png

World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2008 [citado 2013 Jan 26]. Disponível em: [ww.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en).

World Health Organization (WHO). Declaration of Ata Alma. Geneva: WHO; 1978.

World Health Organization (WHO) .Patient Safety Program: patient for patient safety. Geneva: WHO; 2006.

Zwaan L, Bruijne M, Wagner C, Thijs A, Smits A, et al. Patient record: review of the incidence consequences and causes of diagnostic adverse events. *Arch Int Med*. 2010;170(12):28.

9. Aspectos mais relevantes nas investigações/pesquisas em segurança do paciente

Bárbara Caldas, Paulo Sousa e Walter Mendes

Neste capítulo, você vai aprender um pouco sobre investigação/pesquisa em segurança do paciente. Inicialmente, destacamos a importância da investigação/pesquisa na área, bem como apresentamos algumas características gerais. A seguir, abordamos alguns princípios metodológicos das investigações/pesquisas de forma geral e, mais especificamente, os tipos de estudos mais utilizados na área de segurança do paciente. O ciclo da investigação/pesquisa em segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS) é apresentado como um possível guia. Por se tratar de uma área com muitos desafios no contexto da saúde, em que os recursos são sempre limitados, prioridades para esse tipo de investigação/pesquisa buscam orientar novos estudos. Por fim, as questões éticas são brevemente tratadas.

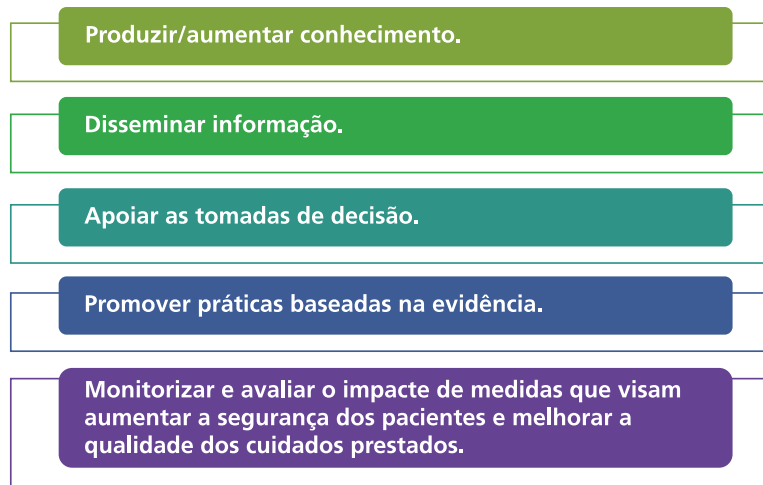
Este texto pretende ser um contributo/colaborador essencial para ajudar a compreender a relevância que a investigação/pesquisa em segurança do paciente tem nos dias de hoje um pouco por todo o mundo, bem como servir de referência e apoio à elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) a desenvolver no âmbito deste curso.

Investigação/pesquisa em segurança do paciente: características gerais

A segurança do paciente, como componente-chave da qualidade do cuidado de saúde, assumiu grande relevância nos últimos anos, tanto para os pacientes e seus familiares, que desejam ter confiança e segurança, como para os profissionais de saúde, cuja “missão” principal é prestar cuidados de elevada efetividade, eficiência e baseados na melhor evi-

dência disponível. Paralelamente, temos assistido ao aumento da investigação/pesquisa na área da segurança do paciente, bem como sobre a necessidade de desenvolver e avaliar o impacto de soluções inovadoras que possam acrescentar valor em termos clínicos, económicos e sociais.

A investigação/pesquisa em segurança do paciente é fundamental para:



Como já vimos no livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*, Capítulo 13, Segurança do paciente na atenção primária em saúde, a investigação/pesquisa em segurança do paciente na atenção primária está engatinhando impulsionada por diversas iniciativas internacionais, com destaque para o projeto *Safer Primary Care* da OMS.

A maioria das investigações/pesquisas tem sido desenvolvida no ambiente hospitalar, em função da: maior complexidade organizacional; realização de procedimentos de maior risco; maior gravidade dos casos; e diversidade e especificidade de procedimentos realizados.

Na área dos cuidados continuados, a investigação/pesquisa é ainda muito residual. A exceção fica a cargo dos países escandinavos que sempre dedicaram particular atenção a área. Porém, a divulgação dos resultados obtidos é comprometida, pois a maioria dos estudos não é publicada em periódicos de língua inglesa (Sousa et al. 2010).

Com relação à abordagem metodológica, as investigações/pesquisas na área iniciaram-se pelos estudos epidemiológicos sobre a magnitude e os padrões dos eventos adversos e por aqueles com objetivo de avaliar a efetividade de intervenções específicas. Atualmente, estudos buscando compreender o comportamento dos profissionais com relação ao cuidado e o sucesso ou o fracasso na implantação de práticas mais seguras, baseados em estudos narrativos e etnográficos, têm começado a se avolumar.

Princípios da investigação/pesquisa em segurança do paciente

Para falarmos dos conceitos e principais práticas relacionadas à investigação/pesquisa em segurança do paciente, faz-se necessário recuarmos um pouco e resgatar o conceito de investigação/pesquisa. Segundo Minayo (2004), a investigação/pesquisa é

a atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados (Minayo 2004, p. 23).

No caso da segurança do paciente, essa atividade de aproximação da realidade se dá no contexto dos cuidados de saúde em seus diversos ambientes e deve considerar os factores externos que influenciam as atitudes e as relações entre os profissionais de saúde e entre esses e os pacientes e seus familiares.

Tipos de estudos mais utilizados

A segurança do paciente é um campo de estudo relativamente novo, no qual coexistem e interagem diversas tradições metodológicas, como a epidemiologia clínica, a antropologia, a psicologia e a engenharia. Neste tópico, vamos ver alguns conceitos gerais acerca de metodologias de investigação/pesquisa, com enfoque nos tipos de estudos mais utilizados na área da segurança do paciente.

A primeira característica que buscamos definir em um estudo é se estamos tratando de uma investigação/pesquisa **qualitativa** ou **quantitativa**. Cada uma adota métodos próprios e apresenta possibilidades distintas.

A investigação/pesquisa qualitativa permite uma descrição abrangente e detalhada de uma dada situação. Como está se aproximando de uma realidade, é possível que o investigador/pesquisador tenha ainda uma ideia imprecisa da pergunta de investigação/pesquisa. Na área da segurança do paciente, é mais indicada nas fases iniciais dos estudos, mas pode ser utilizada em qualquer fase. Como seu objeto é o aspeto qualitativo, as informações são geradas sob a forma de textos, figuras e objetos. Por ser mais detalhada, exige mais tempo para sua execução e é menos generalizável.

A investigação/pesquisa quantitativa gera informações sob a forma de números, o que permite contabilizar características definidas e construir modelos estatísticos. O investigador/pesquisador parte de uma pergunta de investigação/pesquisa bem estruturada. Essa abordagem é mais indicada em fases avançadas, quando já se tem alguma ideia das relações de causalidade. Possibilita testar hipóteses, porém, na sua análise, podem faltar alguns detalhes explicativos.

A necessidade da integração das abordagens qualitativa e quantitativa tem sido reconhecida. Embora os ensaios clínicos randomizados sejam considerados o padrão-ouro para as investigações/pesquisas na área clínica, os resultados relatados apresentam apenas parte do contexto. Além disso, um pequeno número de investigações/pesquisas lida, de facto, com intervenções no cotidiano dos serviços. Dessa forma, métodos como aqueles adotados nas investigações/pesquisas qualitativas, que nos permitem abordar questões não avaliadas em muitos estudos quantitativos (por exemplo, cultura de segurança), devem ser parte do léxico da base de evidência.

Aqui, adotamos o termo **estudo observacional** como classificação de um estudo epidemiológico. Cuidado para não confundir com a observação, que é um método de recolha/coleta de dados.

O desenho de um estudo é uma questão complexa. O primeiro enfoque diz respeito ao papel desempenhado pelo investigador/pesquisador. Ele pode optar por realizar uma série de medições nos objetos de estudo ou então aplicar uma intervenção e examinar seus efeitos. No primeiro caso, teremos um **estudo observacional** e, no segundo, um **estudo de intervenção**.

De acordo com a opção temporal, os estudos observacionais podem ser classificados em **transversais**, **retrospectivos** e **prospetivos**.

Um estudo transversal é aquele em que as observações são feitas em uma única ocasião, ou seja, ele mensura a distribuição de alguma característica em uma dada população, em um dado momento do tempo. Um exemplo de estudo transversal é medir a ocorrência dos eventos adversos em um hospital em um dia.

Os estudos retrospectivos baseiam-se em informações recolhidas/coletadas durante períodos passados, isto é, estuda os eventos ocorridos em uma população durante determinado período passado, como avaliar as mortes ocorridas no ano anterior.

Estudos prospetivos começam no presente e acompanham a ocorrência de um evento numa população por um período específico, por exemplo: monitorar infecções associadas ao cuidado hospitalar, com vigilância ativa durante um ano (Hulley et al. 2013).

Os estudos observacionais podem ser classificados ainda como **descritivos** ou **analíticos**.

Os estudos descritivos visam caracterizar o fenômeno de interesse. Normalmente, são realizados nas fases iniciais de investigação/pesquisa de um determinado tópico, sendo seguidos ou acompanhados de estudos analíticos que buscam avaliar associações que permitam inferências sobre relações de causa e efeito (Hulley et al. 2013). Medir a ocorrência de eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva é um exemplo de estudo descritivo. Um estudo que busca determinar associação entre a relação enfermeiro-cama/leito e a taxa de mortalidade é um exemplo de estudo analítico.

Os **estudos de intervenção** têm por objetivo avaliar a efetividade de uma dada intervenção, que pode ser tanto uma nova forma de realizar um procedimento, como um novo esquema terapêutico ou novo treinamento. Esses estudos são fundamentalmente classificados como **não controlados** ou **controlados** (Brown et al. 2008). O termo controle diz respeito a um grupo de sujeitos, pacientes ou profissionais que não será submetido à intervenção e com o qual o grupo de intervenção terá seus resultados comparados.

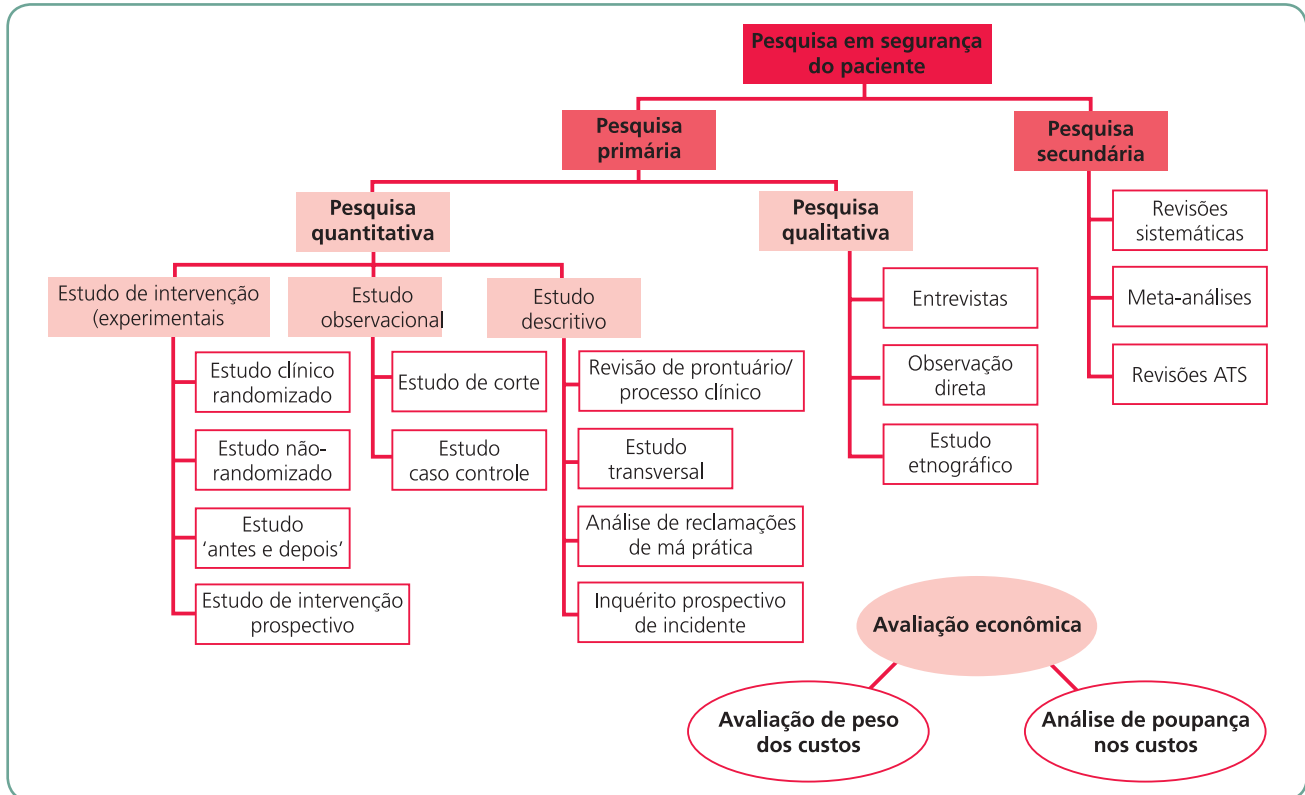
Estudos que se baseiam na avaliação de resultados antes e depois são estudos não controlados. Embora, em muitos casos, seja o único método viável de avaliação, é considerado um método relativamente fraco para distinguir causa e efeito (Brown et al. 2008). Seu uso na área de segurança do paciente é bastante frequente, como os estudos que demonstraram a redução de infecção da corrente sanguínea após a implantação de um pacote de intervenções (*bundle*) para inserção de cateter venoso central; a redução de mortalidade e da morbidade/morbidade operatórias após a implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica; a redução da ocorrência de erros durante cirurgias após a realização de um treinamento do tipo *Crew Resource Management* (CRM).

Dentre os estudos controlados, os ensaios clínicos controlados randomizados são considerados o padrão-ouro da investigação/pesquisa clínica. A escolha aleatória dos controles reduz as chances de interferências nos resultados obtidos decorrentes de vícios de seleção (viés de seleção). Um exemplo é utilizar um estudo controlado para avaliar o impacto da alocação de enfermeiras em exclusividade para a administração de medicamentos na taxa de erros de administração.

Importa ressaltar que não há um tipo de estudo melhor que o outro. O planejamento/planejamento da investigação/pesquisa deve buscar um

desenho de estudo mais adequado para responder à pergunta de investigação/pesquisa. Cada tipo de estudo tem potencialidades e limitações que devem ser explicitadas e discutidas para melhorar a qualidade da investigação/pesquisa e balizar a interpretação dos resultados obtidos.

Figura 1 – Desenhos de estudo e métodos de investigação/pesquisa na área da segurança do paciente



Fonte: Adaptado de Andermann e colaboradores (2013, p. 556).



Para consolidar seus conhecimentos, assista à Sessão 2 do Curso Introdutório de Investigação em Segurança do Paciente/Doente – Princípios da investigação em segurança do paciente/doente: visão geral, apresentada pela Profa. Mônica Martins, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, disponível em: <http://www.slideshare.net/Proqualis/principios-da-investigacao-em-segurana-do-pacientedoente-viso-geral>

O esquema proposto por Andermann e colaboradores (2013) ilustra como desenhos de estudo e métodos de investigação/pesquisa distintos podem ser adotados na investigação/pesquisa em segurança do paciente. Trata-se de um esquema abrangente que inclui também as investigações/pesquisas secundárias – aquelas realizadas a partir de investigações/pesquisas primárias, como as revisões sistemáticas, com ou sem meta-análise, e as revisões para Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS). Repare que, com relação aos estudos observacionais, os autores optaram por apresentar os estudos descritivos separadamente dos analíticos.

Agora que você já viu alguns elementos relacionados com os desenhos de estudo e os métodos de investigação/pesquisa na área da segurança do paciente, vamos olhar especificamente os métodos e as fontes de dados utilizados para medir erros e eventos adversos.

Métodos e fontes de dados utilizados para medir erros e eventos adversos

A mensuração de erros e eventos adversos é realizada por profissionais de saúde envolvidos com atividades de melhoria da qualidade no cotidiano dos serviços de saúde e também por investigadores/pesquisadores da área de segurança do paciente. Dessa forma, é fundamental a compreensão dos pontos positivos e das limitações dos diversos métodos de mensuração para que o método escolhido seja apropriado aos objetivos a alcançar.

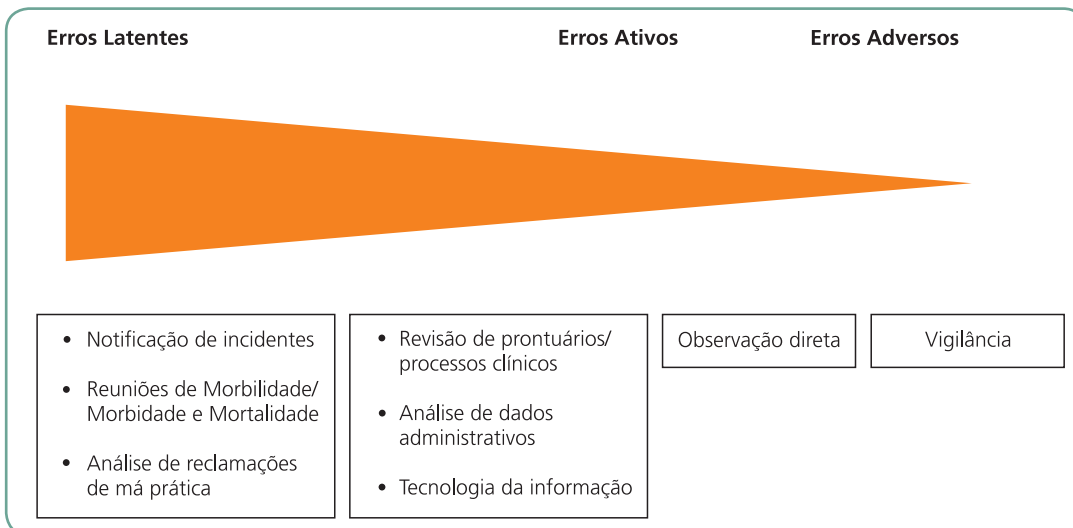
A mensuração descreve os fenômenos de forma que eles possam ser estatisticamente analisados, deve ser precisa e acurada. A precisão (ou fiabilidade/confiabilidade) de uma variável é o grau com que ela é reproduzível, com aproximadamente o mesmo valor a cada vez que for medida. A precisão é função do **erro aleatório**; quanto maior o erro aleatório, menor a precisão da medida. A acurácia (ou validade) de uma variável é o grau com o qual ela representa de facto o que pretende representar. A acurácia é função do **erro sistemático**; quanto maior o erro sistemático, menor a acurácia (Hulley et al. 2013).

Erro aleatório é um resultado errado decorrente do acaso, fontes de variação que têm a mesma probabilidade de distorcer as medidas de um estudo em qualquer direção.

Erro sistemático é um resultado errado decorrente de viés, fontes de variação que distorcem os achados de um estudo em determinada direção (Hulley et al. 2013).

Diversos têm sido os métodos e as fontes de dados utilizados para medir os erros e eventos adversos relacionados ao cuidado de saúde. Em 2003, Thomas e Petersen publicaram um artigo com o resumo desses métodos e fontes. Na Figura 2, está representada a utilidade relativa de cada método e fonte de dados. Essa figura já foi apresentada no Capítulo 5 do livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*; no entanto, aqui, ela será trabalhada sob outro ponto de análise.

Figura 2 – Utilidade relativa dos métodos para medir erros latentes, erros ativos e eventos adversos



Fonte: Thomas, Petersen (2003, p. 64).

Reuniões de Morbilidade/Morbididade e Mortalidade e necropsias

Sobre a distinção entre erros latentes e erros ativos, veja, no livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*, o Capítulo 4, O erro e as violações no cuidado em saúde.

Viés retrospectivo (*hindsight bias*) é definido como “a crença de que um evento é mais previsível depois que ele se torna conhecido do que ele era antes” (Roese, Vohs 2012, p.411). Envolve segunda opinião, que é o uso de factos atualmente disponíveis para fazer o julgamento de uma pessoa que teve acesso a uma série mais limitada de informações no momento em que a decisão-chave foi tomada. Consequências do viés retrospectivo incluem a atenção míope a uma única compreensão causal do passado (abandonando outras explicações razoáveis), assim como o excesso de confiança acerca da certeza sobre o julgamento de outrem.

Viés de relato é definido como a revelação ou supressão seletiva de informação sobre uma história passada.

As Reuniões de Morbilidade/Morbididade e Mortalidade (RMM), com ou sem a apresentação de resultados da necropsia, têm por objetivo aprender com os erros e eventos adversos ocorridos, contribuindo para a formação dos residentes e a melhoria da qualidade do cuidado, possuindo papel central na formação do cirurgião. Essas reuniões são também conhecidas como sessões clínicas ou anatomoclínicas. A necropsia, quando acompanhada da revisão do processo clínico/prontuário e discussão com a equipa responsável pelo cuidado do paciente durante a RMM, é uma fonte de informação importante para apontar falhas que levaram a diagnóstico equivocado (*misdiagnosis*).

A RMM é uma fonte melhor para avaliar os erros latentes do que os erros ativos. Podemos destacar como vantagens das RMM o levantamento de erros latentes, a familiaridade dos profissionais de saúde com essa prática e a exigência de sua existência por algumas organizações acreditadoras. Como desvantagens, ressaltam-se o **viés retrospectivo**, o **viés de relato**, o foco no erro diagnóstico, sua utilização infrequente e não aleatória.

Para refletir

Em sua organização, ocorrem Reuniões de Morbilidade/Morbididade e Mortalidade? Com ou sem necropsias?

Em caso afirmativo, saberia dizer se essa metodologia tem trazido bons resultados? De que maneira?

Análise de reclamações de má prática

Os arquivos de reclamações de má prática, com os registos médicos e depoimentos, constituem um grande conjunto de dados que investigadores/pesquisadores e profissionais de saúde podem utilizar para analisar qualitativamente os erros no cuidado de saúde. A análise desses arquivos é um método melhor para avaliar os erros latentes do que os erros ativos.

A principal vantagem dessa fonte de dados é que fornece múltiplas perspectivas: pacientes, prestadores e advogados. Porém, os dados disponíveis não são padronizados, o que dificulta comparações. A análise de reclamações de má prática também está sujeita aos vieses retrospectivo e de relato.

Sistemas de notificação de incidentes

Incidentes testemunhados ou cometidos por profissionais de saúde podem ser notificados por meio de um sistema de recolha/coleta de dados. Sistemas de notificação, incluindo os inquéritos e entrevistas estruturadas, são uma forma de envolver os profissionais na investigação/pesquisa e em projetos de melhoria da qualidade.

A análise de relatos de incidente pode fornecer detalhes sobre erros latentes que contribuíram para o erro ativo e o evento adverso, porém esses sistemas não podem ser utilizados para medir a ocorrência de erros e eventos adversos (EA). Diversos factores podem ocasionar a subnotificação por parte dos profissionais, entre eles a carga de trabalho, o medo de ser judicialmente processado e a preocupação com sua reputação. Os sistemas de notificação de incidentes também são passíveis de viés retrospectivo e viés de relato. Mesmo assim, sua adoção deve ser considerada, pois, além da possibilidade de detecção de erros latentes, é capaz de fornecer múltiplas perspectivas ao longo do tempo e pode ser incorporado nas atividades de rotina.

Análise de dados administrativos

As bases de dados administrativos podem parecer uma fonte de dados atrativa para a mensuração de eventos adversos, pois utilizam informação prontamente disponível, sendo assim uma fonte económica. Entretanto, esses dados podem estar incompletos e/ou sujeitos a vieses decorrentes das políticas de pagamento. Como a lógica da geração de dados é a administrativa, os dados encontram-se separados do contexto clínico.

Revisão de processo clínico/prontuário

A revisão de processos clínicos/prontuários tem sido a base dos principais estudos de erros e eventos adversos. A utilização de dados prontamente disponíveis e a frequência com que a revisão de processos clínicos/prontuários é adotada de forma rotineira constituem suas vantagens. Porém, mesmo com o aprendizado decorrente do uso desse método, ele apresenta muitas limitações. A primeira refere-se ao baixo ou moderado grau de fiabilidade/confiabilidade do julgamento acerca do evento adverso. A documentação incompleta nos processos clínicos/prontuários também é outra fragilidade. Por demandar intenso trabalho de médicos e enfermeiros investigadores/pesquisadores para análise, é considerado um método caro. Por fim, como faz um julgamento presente de um evento passado, está sujeito ao viés retrospectivo.

Sobre esse assunto retome, no livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*, o Capítulo 5, Magnitude do problema e os factores contribuintes do erro e dos eventos adversos.

Revisão de processo clínico/prontuário eletrônico

A revisão de processo clínico/prontuário eletrônico pode aprimorar a detecção de erros e EA por meio do monitoramento em tempo real e pela integração de várias fontes de dados (por exemplo, laboratório, farmácia, faturamento). É considerado um método económico, após o investimento inicial para implantação do processo clínico/prontuário eletrônico que inclui grande custo financeiro. Ao se trabalhar com a revisão de processo clínico/prontuário eletrônico, deve-se ter em mente a suscetibilidade a erros de programação e/ou na entrada dos dados. Não é um bom método para detetar erros latentes.

Observação direta do cuidado

A observação direta ou a gravação do cuidado ao paciente pode ser um bom método para medir erros ativos. Esse método tem sido utilizado em salas de cirurgia, unidades de cuidado intensivo, enfermarias cirúrgicas e para avaliar erros na administração de medicamentos; é potencialmente preciso e válido (acurado/cuidado), fornece dados de outra maneira indisponíveis e tem a capacidade de detetar mais erros ativos que os outros métodos.

A observação direta é limitada por questões práticas e metodológicas, como a confidencialidade, já que os profissionais podem temer que tais informações sejam utilizadas contra eles, além da necessidade de treinamento intensivo dos observadores.

As observações são realizadas no cuidado prestado ao paciente, não sendo possível, muitas vezes, capturar as contribuições do sistema de cuidado, não se tornando, assim, um bom método para detetar erros latentes. A observação pode gerar sobrecarga de informação, dificultando sua análise. Por fim, o efeito *Hawthorne*, que é a mudança de comportamento dos indivíduos pelo facto de estarem sendo observados, também é uma limitação.

Vigilância clínica

A vigilância ativa e prospetiva, típica dos estudos epidemiológicos, é ideal para avaliar a efetividade de intervenções específicas para redução de eventos adversos explicitamente definidos. Tem sido utilizada há anos pelos profissionais que investigam as infeções associadas ao cuidado de saúde. Porém, assim como o método de observação direta, não capta bem erros latentes. Em algumas situações, o método exige medidas diagnósticas para acompanhar a ocorrência de eventos adver-

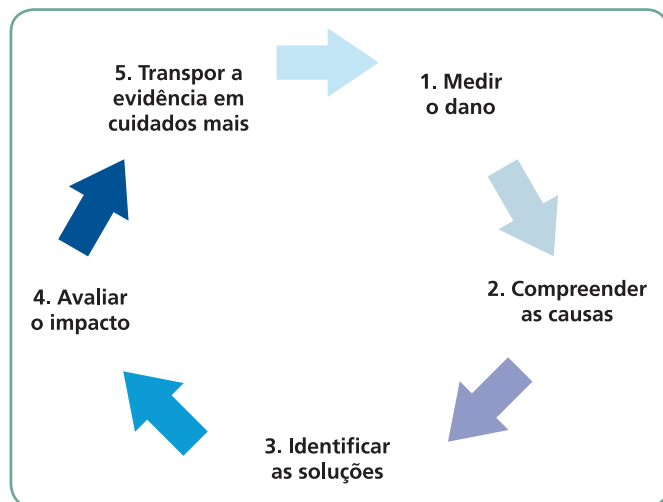
Sobre vigilância, veja novamente, no livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*, o Capítulo 7, Infeções associadas aos cuidados de saúde.

tos, como a realização de eletrocardiograma e dosagem de enzimas cardíacas/de foro cardíaco em todos os pacientes para medir o enfarte/infarto do miocárdio pós-operatório, o que pode torná-lo um método de alto custo financeiro.

Ciclo da investigação/pesquisa

Medir a ocorrência de erros e eventos adversos é um importante componente da investigação/pesquisa em segurança do paciente. Segundo o ciclo de investigação/pesquisa proposto pela OMS (Figura 3), esse é o primeiro passo. Depois de conhecer a magnitude de um problema, é fundamental compreendermos suas causas para então testar e identificar possíveis soluções. Se a avaliação do impacto das soluções testadas for positiva, ou seja, se elas contribuírem para a redução da ocorrência de danos, chegamos ao último componente, que consiste na incorporação da evidência científica ao cuidado de saúde, de forma a torná-lo mais seguro.

Figura 3 – Ciclo da investigação/pesquisa em segurança do paciente da OMS



Fonte: WHO (2012, tradução nossa).

A seguir, são apresentados os principais métodos adotados em cada componente do ciclo, segundo documento da OMS para orientar a formação de investigadores/pesquisadores em segurança do paciente (WHO 2012). Ao final deste tópico, será possível perceber que cada projeto de investigação/pesquisa em segurança do paciente tem seu objetivo geral relacionado a um dos componentes do ciclo de investigação/pesquisa.

Medir o dano

Medir o que vai errado no cuidado de saúde inclui contar quantos pacientes sofrem dano ou morrem a cada ano e de quais tipos de eventos adversos como erros de medicação, infecções associadas ao cuidado de saúde, cirurgias em sítio errado entre outros. Estudos para estimar a incidência de eventos adversos em uma UTI ou a prevalência de infecções de sítio cirúrgico são exemplos de investigações/pesquisas relacionadas com o primeiro componente do ciclo.

As fontes de dados que podem ser usadas para medir o dano incluem:

- * sistemas de notificação;
- * dados administrativos;
- * reclamações administrativas;
- * reclamações de má prática;
- * reuniões de morbidade/morbididade e mortalidade, com ou sem necropsias;
- * auditorias ou investigações/pesquisas nacionais e regionais; e
- * processo clínico/prontuário do paciente.

Métodos para coleta de dados

A revisão de prontuário.

As entrevistas com profissionais.

A observação direta.

O monitoramento clínico.



Para consolidar seus conhecimentos, assista à Sessão 3 do Curso Introdutório de Investigação em Segurança do Paciente/Doente – Medir o dano, disponível em: <http://www.slideshare.net/Proqualis/medir-o-dano>

Para unidades menores e/ou com poucos recursos, em que tanto os registos médicos como a organização da documentação são limitados, alguns métodos são mais indicados. Os seguintes métodos foram avaliados como viáveis e bem-aceitos em tais ambientes: revisão retrospectiva de processos clínicos/prontuários; revisão do processo clínico/prontuário dos pacientes internados – estabelece a prevalência pontual do EA, exige menos recursos financeiros e de tempo que o método anterior –; entrevista com profissionais sobre os pacientes internados; observação direta associada à entrevista; e técnica de grupo nominal baseada em consenso (WHO 2010).

Compreender as causas

Por causa da natureza complexa do cuidado de saúde, não há uma única razão pela qual as coisas dão errado. A investigação/pesquisa, dessa forma, é necessária para identificar as principais causas subjacentes de um evento adverso.

As fontes de dados que podem ser utilizadas para compreender as causas são as mesmas para medir o dano: sistemas de notificação; dados administrativos; reclamações administrativas; reclamações de má prática; reuniões de morbidade/morbidade e mortalidade, com ou sem necropsias; auditorias ou investigações nacionais ou regionais; e processo clínico/prontuário do paciente.

Os métodos para recolha/coleta de dados com o objetivo de compreender as causas são: análise de causa raiz; inquéritos com profissionais; análise de reclamações de má prática; análise dos incidentes encontrados em sistemas de notificação; a observação direta.

Identificar as soluções

Para melhorar a segurança do paciente, precisamos realizar investigações/pesquisas a fim de determinar que soluções são efetivas em transformar o cuidado de saúde mais seguro e reduzir o dano ao paciente, comparado com o padrão de cuidado presente.

Os métodos para identificar soluções que ainda não foram avaliadas são: estudos de intervenção do tipo “antes e depois”; ensaios clínicos controlados randomizados duplo cego; e randomização por conglomerados. Para as soluções já conhecidas, o que devemos fazer é melhorar a fiabilidade/confiabilidade de práticas efetivas.

As intervenções a testar ou aprimorar podem se dar nos pacientes (por exemplo, tratamento diferente), nos profissionais de saúde (por exemplo, treinamento para melhorar a comunicação da equipa), no ambiente de trabalho (como adaptações nos quartos para prevenção de queda dos pacientes) ou no sistema (alterações em um sistema de prescrição eletrónica).

Avaliar o impacto

Mesmo quando soluções dão certo em ambientes controlados de investigação/pesquisa, é importante avaliar sua efetividade na realidade dos serviços de saúde em termos de: impacto; aceitabilidade; e capacidade de oferta (*affordability*).

Sobre a complexidade do cuidado de saúde e a multicausalidade dos erros e eventos adversos relembre, no livro *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*, o modelo do queijo suíço que você conheceu no Capítulo 4, O erro e as violações no cuidado em saúde, e também o Capítulo 5, Magnitude do problema e os factores contribuintes do erro e dos eventos adversos.



Para consolidar seus conhecimentos, assista à Sessão 4 do Curso Introdutório de Investigação em Segurança do Paciente/Doente – Compreender as causas, disponível em: <http://www.slideshare.net/Proqualis/compreender-as-causas>



Para consolidar seus conhecimentos, assista à Sessão 5 do Curso Introdutório de Investigação em Segurança do Paciente/Doente – Identificar e implementar soluções, disponível em: <http://www.slideshare.net/Proqualis/sessao5-pt>

Para avaliar o impacto de uma intervenção, podemos medir:

- A frequência do dano, para saber se houve redução;
- a prevalência do cuidado apropriado, esperando que esta tenha aumentado;
- mudanças na prática decorrentes do aprendizado;
- ou melhorias na cultura de segurança.

Aqui, também as intervenções, e a avaliação do seu impacto, podem ser direcionadas aos pacientes, profissionais de saúde, ambiente de trabalho ou ao sistema.

Os resultados podem ser avaliados sob diferentes perspectivas: clínica, do paciente ou da sociedade. A perspectiva do paciente inclui percepção do estado de saúde, qualidade de vida e satisfação. A perspectiva da sociedade inclui a utilização dos serviços e o custo a ele associado.

Transpor a evidência em cuidados mais seguros

O passo final do ciclo de investigação/pesquisa é compreender como os achados (resultados) da investigação/pesquisa podem ser transpostos para a prática. Isso é especialmente importante em países em desenvolvimento e nas economias de transição em que os recursos são escassos e a infraestrutura de investigação/pesquisa é com frequência limitada.

Entre as estratégias para transpor a evidência em cuidados mais seguros estão: Resumir a evidência; Identificar barreiras locais à implementação; Compreender o contexto; Medir o desempenho; Garantir que todos os pacientes recebam a intervenção.

Prioridades para investigação/pesquisa em segurança do paciente

Como vimos até agora, ainda há muitos desafios para a área de segurança do paciente, e novas investigações/pesquisas são a chave para melhorar o conhecimento sobre a segurança dos cuidados de saúde prestados.



Para consolidar seus conhecimentos, assista à Sessão 6 do Curso Introdutório de Investigação em Segurança do Paciente/Doente – Avaliar o impacto após implementação, disponível em: <http://www.slideshare.net/Proqualis/avaliar-o-impacto>

Assista também à Sessão 7 do Curso Introdutório de Investigação em Segurança do Paciente/Doente – Traduzir a evidência em cuidados de saúde mais seguros, disponível em: <http://www.slideshare.net/Proqualis/transpor-a-evidencia-em-cuidados-mais-seguros-15672393>

Para consolidar e sintetizar o que foi referido ao longo das sete sessões do curso, assista à Sessão 8 do Curso Introdutório de Investigação em Segurança do Paciente/Doente – Aprofundar o conhecimento em segurança do paciente/doente, disponível em: <http://www.slideshare.net/Proqualis/principios-da-investigao-em-segurana-do-paciente>

Ao considerarmos os recursos restritos destinados ao financiamento das investigações/pesquisas na área, como saber quais questões devem ser abordadas primeiro? Com essa preocupação em mente, em 2006, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente da OMS organizou um grupo de trabalho com especialistas a fim de identificar uma série de prioridades globais para a investigação/pesquisa em segurança do paciente. O grupo contava com 19 profissionais, entre eles clínicos, investigadores/pesquisadores e formuladores de políticas, originários de países em desenvolvimento, economias de transição e países desenvolvidos. As diversas áreas de investigação/pesquisa também estavam representadas, incluindo investigadores/pesquisadores das áreas epidemiológica, qualitativa e de factores humanos (WHO 2008).

A partir da revisão das evidências científicas, foram identificados 50 tópicos relacionados com a segurança do paciente. O grupo ranqueou os tópicos considerando: a frequência do problema; a magnitude do dano e sua distribuição na população; o impacto na eficiência do sistema; a viabilidade, disponibilidade e sustentabilidade das soluções; a urgência ou apoio político necessário para atacar o problema; e o grau de desenvolvimento dos países (Bates et al. 2009).

O Quadro 1 apresenta as dez áreas prioritárias para investigação/pesquisa em segurança do paciente. A avaliação de custo-efetividade de estratégias para redução do risco foi de alta prioridade para todas as nações, sendo o único tópico semelhante entre os países em desenvolvimento e os países desenvolvidos. As economias de transição compartilharam prioridades com os países em desenvolvimento (quatro tópicos) e com os países desenvolvidos (cinco tópicos).

Quadro 1 – Áreas prioritárias para investigação/pesquisa em segurança do paciente nos países em desenvolvimento, economias de transição e países desenvolvidos

	Países em desenvolvimento	Economias de transição	Países desenvolvidos
1	Identificação, design e teste de soluções eficazes e acessíveis localmente	Identificação, design e teste de soluções eficazes e acessíveis localmente	Falhas de comunicação e de coordenação
2	Custo-efetividade das estratégias de redução de risco	Custo-efetividade das estratégias de redução de risco	Falhas latentes da organização
3	Medicamentos contrafeitos ou de baixa "qualidade"	Falta de conhecimento adequado e sua transferência	Cultura de segurança do doente pouco enraizada
4	Défice de formação e competências dos profissionais de saúde	Défice de formação e competências dos profissionais de saúde	Custo-efetividade das estratégias de redução de risco

Quadro 1 – Áreas prioritárias para investigação/pesquisa em segurança do paciente nos países em desenvolvimento, economias de transição e países desenvolvidos (cont.)

	Países em desenvolvimento	Economias de transição	Países desenvolvidos
5	Cuidados de saúde materno-infantil	Falhas de comunicação e de coordenação	Indicadores de segurança do doente inadequados (ou ausentes)
6	Infeção associada aos cuidados de saúde	Cultura de segurança do doente pouco enraizada	Falta de consideração dos factores humanos no projeto e desenvolvimento da prestação de cuidados
7	Dimensão e natureza dos eventos adversos	Infeção associada aos cuidados de saúde	Sistemas e tecnologia de informação
8	Falta de conhecimento adequado e sua transferência	Dimensão e natureza dos eventos adversos	Envolvimento do doente na formulação da agenda de investigação em segurança do doente
9	Segurança inerente a injeções	Falhas latentes da organização	Falta de consideração dos factores humanos na utilização de dispositivos médicos
10	Transfusões de sangue seguras	Indicadores de segurança do doente inadequados (ou ausentes)	Eventos adversos medicamentosos e erros de medicação

Fonte: Sousa et al. (2010, p. 93).

Para refletir

Considere o grau de desenvolvimento do seu país e indique em que áreas se está apostando mais em investigação/pesquisa. Você conhece algum grupo de investigação/pesquisa que esteja desenvolvendo projetos em uma das dez áreas prioritárias definidas pela OMS?

O grupo de trabalho educação e treinamento em investigação/pesquisa em segurança do paciente da OMS publicou, em 2010, um conjunto de competências necessárias para investigações/pesquisas na área. As competências encontram-se distribuídas em três grandes grupos: ciência da segurança do paciente, metodologias de investigação/pesquisa epidemiológica e nos serviços de saúde, e princípios da transferência de conhecimento (Andermann et al. 2011). Se você tiver interesse em saber mais, leia o artigo *Core competencies for patient safety research: a corner stone for global capacity strengthening*, disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/1/96.full.pdf>

Questões éticas relacionadas à investigação/pesquisa em segurança do paciente

A investigação/pesquisa envolvendo seres humanos deve ser conduzida de forma a respeitar a dignidade, a segurança e os direitos dos participantes da investigação/pesquisa. Preocupada com as questões éticas relacionadas à investigação/pesquisa em segurança do paciente, a OMS comissionou, em 2010, um grupo de especialistas para trabalhar sobre essa questão.

Figura 4 – O *Apotecário*, de Pietro Longhi (1752), exposta na Galleria dell'Academia, em Veneza



Fonte: UFF (2014).

Nota: A experimentação em seres humanos é uma prática antiga e necessária ao avanço da ciência. No entanto, abusos cometidos levaram à criação dos mecanismos de controle que hoje conhecemos.

O produto desse trabalho foi a publicação, em 2013, do documento *Ethical issues in Patient Safety Research: interpreting existing guidance*, que representa uma interpretação e aplicação dos princípios éticos existentes, interna-

Os princípios éticos identificados pelo grupo de especialistas e endossados pela OMS são as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (2002) e as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa Epidemiológica (2009), ambas do *Councilon International Organizations of Medical Sciences* (CIOMS) e a Declaração de Helsinki (2008) da Associação Médica Mundial.



Conheça mais sobre o documento *Ethical issues in Patient Safety Research: interpreting existing guidance* (WHO 2013) visitando o endereço: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85371/1/9789241505475_eng.pdf.

cionalmente aceitos, às questões específicas que surgem no contexto das atividades de segurança do paciente. Apresenta 13 orientações éticas com a adoção complementar de casos de estudo para exemplificá-las. O documento foi elaborado para consulta por profissionais de segurança do paciente, investigadores/pesquisadores, organizações de saúde, comitês de ética em investigação/pesquisa, autoridades de saúde e demais interessados em garantir a conduta ética das atividades de investigação/pesquisa em segurança do paciente.

As orientações éticas contemplam, entre outros, que (WHO 2013): os projetos devem ser submetidos à apreciação de comitê de ética em investigação/pesquisa; no geral, os investigadores/pesquisadores devem buscar o consentimento informado de pacientes e profissionais participando da investigação/pesquisa; a equipa envolvida nas atividades ou investigações/pesquisas de segurança do paciente deve se preocupar com a preservação da privacidade e da confidencialidade dos envolvidos; e a equipa de investigação/pesquisa tem o dever de relatar os resultados do estudo para os hospitais e unidades após o término do projeto.

Considerações finais

A investigação/pesquisa em geral e a realizada na área da segurança do paciente, em particular, devem obedecer a um conjunto de pressupostos metodológicos, como sejam:

- * a definição de objetivos;
- * o paradigma adotado;
- * o tipo de estudo;
- * a identificação da população ou amostra;
- * a definição das variáveis;
- * a seleção dos instrumentos de recolha/coleta e análise dos dados;
- * a definição da estratégia metodológica a seguir;
- * a apresentação e discussão dos resultados encontrados e a síntese das principais conclusões a retirar da investigação/pesquisa.

Tais pressupostos condicionam o sucesso de desenvolvimento da investigação/pesquisa, permitem caracterizar seu rigor e consistência (interna e externa) e determinam a robustez e a validade dos resultados obtidos.

Acautelados os pressupostos enunciados, destacamos que o grande desafio da investigação/pesquisa em segurança do paciente será o de

criar conhecimento e, por meio de sua transferência, possibilitar o desenvolvimento de soluções inovadoras que contribuam para diminuir o risco inerente à prestação de cuidados de saúde e, dessa forma, melhorar a qualidade e a segurança dos pacientes.

Referências

Andermann A, et al. Core competencies for patient safety research: a cornerstone for global capacity strengthening. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:96-101.

Andermann A, Wu AW, Lashoher A, Norton P, Arora NK, Bates DW et al. Case studies of patient safety research classics to build research capacity in low- and middle-income countries. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2013;39(12):553-60.

Bates DW, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha AK. Global priorities for patient safety research. *BMJ.* 2009;338:b1775.

Brown C, Hofer T, Johal A, Thomson R, Nicholl J, Franklin BD et al. An epistemology of patient safety research: a framework for study design and interpretation, part 2: study design. *Qual Saf Health Care.* 2008;17:163-9.

Hulley SB, Newman TB, Cummings SR. Getting started: the anatomy and physiology of clinical research. In: Hulley SB et al. *Designing clinical research: an epidemiologic approach.* 4th. ed. Philadelphia: LWW; 2013.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Roese NJ, Vohs KD. Hindsight bias. *Perspect Psychol Sci.* 2012;7(5):411-26.

Sousa P, Uva, AS, Serranheira F. Investigação e inovação em segurança do doente. *Rev. Port. Saúde Pública.* 2010; vol. tem.(10):89-95.

Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. *J Gen Intern Med.* 2003;18:61-67.

Universidade Federal Fluminense. *Disciplina de semiologia.* Niteroi (RJ): UFF; 2014.

World Health Organization. Ethical issues in patient safety research: interpreting existing guidance. Geneva: WHO; 2013 [citado 2013 Set 14]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85371/1/9789241505475_eng.pdf.

World Health Organization. Patient Safety. Assessing and tackling patient harm: a methodological guide for data-poor hospitals. Geneva: WHO; 2010 [citado 2013 Out 17]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/methodological_guide/PSP_MethGuid.pdf.

World Health Organization. Patient safety research: a guide for developing training programmes. Geneva: WHO; 2012 [citado 2013 Ago 19]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75359/1/9789241503440_eng.pdf.

World Health Organization. The Research Priority Setting Working Group. Global priorities for research in patient safety. 1st. ed. Geneva: WHO; 2008 Dec [citado 2013 Ago 19]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf.

Formato: *205 x 260mm*
Tipografia: *Meridien LT Std e Frutiger Lt Std*
Papel do Miolo: *Papermax 90g/m²*
Papel e Acabamento Capa: *Papel Cartão supremo 250g/m²*
Ctp Digital: *Gráfica Walprint*
Impressão e acabamento: *Gráfica Walprint*

Rio de Janeiro, outubro de 2014.