



SEGURANÇA E QUALIDADE NOS HOSPITAIS BRASILEIROS

A redução dos erros nos cuidados realizados pela equipe de saúde tornou-se uma preocupação mundial. Estudos de base populacional de um número de nações ao redor do mundo têm consistentemente demonstrado taxas de erros inaceitavelmente altas e de mortes evitáveis¹.

Cuidados de saúde inseguros resultam em expressiva morbidade e mortalidade evitáveis, gastos adicionais com a manutenção dos pacientes nos sistemas de saúde e representam uma grande preocupação na atualidade.

Estudos em hospitais de vários países mostram a associação entre a ocorrência de eventos adversos (incidentes que ocasionam danos aos pacientes) e o aumento do tempo de permanência, da mortalidade e do gasto hospitalar. Um exemplo dessa realidade são as estimativas dos países desenvolvidos indicando que pelo menos 5% dos pacientes admitidos em hospitais contraem uma infecção².

No Brasil, pesquisa recente em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou uma incidência de 7,6% de pacientes com eventos adversos, sendo 66,7% destes com eventos adversos evitáveis².

Esse contexto incentivou no mundo inteiro, na última década, a promoção de diferentes iniciativas para garantir cuidados de saúde mais seguros. Entre elas, destaca-se a criação de programas para o monitoramento da qualidade e segurança, com base em indicadores de qualidade do cuidado em saúde, que é considerada pela Organização Mundial da Saúde como o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a possibilidade de resultados desejáveis e coerentes com o conhecimento científico atual³.

Segundo o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, em 2011 ocorreram em todo o Brasil 11.117.837 internações, com uma estimativa de 844.875 (7,6%) eventos adversos. Destes, estima-se que 563.575 (66,7%) foram eventos evitáveis, os quais propiciaram a evolução para o óbito de quase 40% dos casos⁴.

Nesse mesmo ano, no Rio de Janeiro, foram implantadas, nos hospitais da rede federal, as seis grandes metas internacionais para a segurança do paciente definidas pela Organização Mundial da Saúde, a saber: identificar corretamente os pacientes; aprimorar a comunicação institucional; aumentar a segurança no manejo de medicamentos de alto risco; garantir a cirurgia correta no paciente certo e local correto; reduzir o risco de infecções; e reduzir o risco de quedas do leito.

Para a implementação dessas medidas foi criada, a partir de 2012, no Ministério da Saúde, a Câmara Técnica de Qualidade e Segurança do Paciente existente obrigatoriamente em todos os hospitais federais⁴.

Outra iniciativa nacional é o *Programa Brasileiro de Segurança do Paciente*, com várias metas entre elas a meta *Salvar 50.000 vidas e evitar 150.000 danos aos pacientes* que reproduz, no país, as conquistas já obtidas em outros programas internacionais, mas com um grande diferencial, tornar-se a única plataforma de banco de dados nacional sobre informações estruturadas de qualidade e segurança do paciente. Para isso utiliza o sistema *Epimed Monitor*, para gerenciar em tempo real via *web* informações clínicas e epidemiológicas de pacientes de alta complexidade em unidades de tratamento intensivo. O sistema, desenvolvido por médicos intensivistas (hoje presente em 260 unidades intensivistas em 23 estados no Brasil), foi a ferramenta escolhida pelo Programa Brasileiro de Segurança do Paciente para a coleta de dados e acompanhamento de indicadores de performance com foco principal em infecções relacionadas a cuidados de saúde nas instituições participantes.

Tanto o Ministério da Saúde como outras instituições, responsáveis pelos mais diversos programas, consideram que o aspecto mais importante no que tange à segurança, no campo da saúde, é evitar danos aos pacientes durante seu tratamento. Sabe-se que os problemas não são apenas uma série ao acaso, eventos isolados, desconexos. Sabe-se que os erros nos cuidados de saúde são provocados por sistemas falhos e muitas vezes têm causas comuns que podem ser generalizadas e corrigidas. Embora cada caso seja único, há a probabilidade de semelhanças e de padrões de fatores de risco que podem passar despercebidos, quando os incidentes não são relatados e analisados⁵.

Daí deriva a importância da gerência de riscos nos hospitais, como outra ferramenta na busca de qualidade e segurança. O objetivo da gerência de risco é notificar, tratar e monitorar os fatores de riscos para prevenir *eventos adversos* que possam causar danos às pessoas e ao hospital. A gestão do risco torna-se uma das principais estratégias para identificar falhas e também para utilizá-las no sentido de melhorar o desempenho das organizações de saúde⁴.

Entretanto, sabe-se que os profissionais e as organizações de saúde encontram-se no estágio inicial de entendimento e melhoria da segurança do paciente. Assim, as lideranças administrativas, médicas e de enfermagem compromissadas, envolvidas e preocupadas com a segurança do paciente e clientes precisam assumir a responsabilidade por uma assistência segura e eficaz.

Todos precisam ser estimulados ao compromisso com a transparência nos serviços de saúde e a responsabilização com a melhoria de qualidade.

Todos precisam admitir que a segurança, antes de mais nada, é um comportamento que deve ser transformado numa cultura institucional.

Lolita Dopico da Silva
Editora Associada

REFERÊNCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington (DC): National Academy Press; 1999.
2. World Alliance for Patient Safety. *Forward Programme 2005*. Geneva (Swi): World Health Organization; 2004.
3. Reason J. *Human error*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1990.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Br). *Gerenciamento de riscos*. Brasília (DF): ANVISA; 2011.
5. Vincent C. *Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos*. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009.