



SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR

Os erros e danos causados aos pacientes durante o atendimento médico-hospitalar têm sido descritos e estudados por mais de um século, porém a visibilidade do tema junto aos profissionais de saúde ainda não alcançou os níveis necessários de atenção. Em 1999, o *Institute of Medicine* (IOM) lançou o relatório denominado *Errar é humano*, que divulgou amplamente os achados relacionados com lesões causadas pelo tratamento médico-hospitalar nos EUA¹.

A partir dessa publicação diversos estudos reforçaram, com dados, a associação do risco com a assistência à saúde de forma que a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em outubro de 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Considerando a iniciativa da OMS e sua importância no cenário mundial, a discussão desta temática aumentou significativamente. Nos Estados Unidos da América (EUA) e Europa, os litígios e a melhor compreensão por parte dos pacientes com relação ao erro médico contribuíram enfaticamente para que o tema fosse amplamente discutido².

O entendimento do conceito de *segurança do paciente* é importante para o dimensionamento do problema e compreensão dos diversos fatores envolvidos. A OMS, em 2010, define *segurança do paciente* como sendo a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. O mínimo aceitável refere-se àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou outro tratamento².

A relação entre risco e cuidados à saúde é muito próxima. Compreendem-se como risco as condições, situações, procedimentos que, caso ocorram, podem resultar em efeito negativo para o paciente. Quanto mais especializados são os meios de diagnóstico e tratamento, maiores os riscos agregados. Dessa forma, quanto maior o risco que o paciente corre, mais a sua segurança está em jogo³.

A ocorrência crescente de casos documentados de eventos adversos no cuidado à saúde tem provocado um debate sobre a segurança do paciente em âmbito internacional e mais recentemente no Brasil. Estudos sobre agravos causados pelo cuidado à saúde já vêm sendo divulgados há alguns anos⁴.

O termo *evento adverso* (EA) refere-se ao aparecimento de um problema de saúde causado pelo cuidado e não pela doença primária ou de base, ocasionando uma lesão não intencional que resultou em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado^{2,4}.

São relatados eventos adversos oriundos de procedimentos cirúrgicos, utilização de medicamentos, procedimentos médicos, tratamento não medicamentoso, demora ou incorreção no diagnóstico. Os eventos adversos relacionados a medicamentos são responsáveis por cerca de 20% do total de casos observados, atrás apenas daqueles associados a procedimentos cirúrgicos^{2,4}.

Tendo como base as discussões que vêm surgindo sobre o assunto, o tema segurança do paciente coloca em pauta quatro pontos importantes: redução das taxas de eventos adversos que sejam passíveis de prevenção; aprimoramento da comunicação entre profissionais do cuidado ao paciente (grande fonte de processos judiciais e base da estrutura de segurança); garantia aos pacientes de compensação por erros médicos legítimos; e diminuição da responsabilização do profissional de saúde quanto ao erro.

Caso fôssemos calcular o número de eventos adversos para o Brasil usando a relação de 40 eventos por 100 internações, como sugere o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), e com base nos

dados de 2006, que mostram um total de 11.315.681 internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 4 milhões de internações no setor privado, teríamos uma previsão de 6.126.272 eventos. O que equivale a dizer que são estimados quase três eventos por dia em cada hospital do Brasil. Ainda, se 1% desses eventos ocasionassem o óbito do paciente, teríamos 61.000 óbitos ao ano relacionados a eventos decorrentes de falhas nos cuidados. Tais estimativas são extremamente alarmantes e, por isso, torna-se urgente a implementação de práticas seguras para a melhoria da qualidade dos cuidados relacionados à segurança do paciente⁵.

Nesse sentido, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente destaca tópicos que incluem cuidados com infecção e limpeza e cuidados com práticas em cirurgia; o primeiro para evitar infecções hospitalares e o segundo para evitar complicações cirúrgicas. As campanhas de intervenção incluem itens como prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica, bem como tratamento adequado do infarto agudo do miocárdio ou insuficiência cardíaca congestiva, ou mesmo diminuição de danos por medicações de alto risco.

A utilização de boas práticas e a redução dos erros decorrentes da assistência em saúde são fundamentais para a garantia da segurança do paciente em ambientes de cuidado, sendo amplamente difundidas por organizações que conduzem o processo de acreditação, por exemplo, em nível internacional através da *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), que se baseia nas seis Metas Internacionais do Paciente. Estas metas incluem: 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 ainda reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas⁵.

O IOM declara que a cultura da segurança no cuidado em saúde requer três elementos: a crença que, embora os processos de cuidado em saúde sejam de alto risco, eles podem ser planejados para prevenir o dano; um comprometimento ao nível da organização para detectar os erros e aprender com eles; e um ambiente que gerencia os erros quando os trabalhadores conscientemente aumentam os riscos para os pacientes e seus pares.

Na tentativa de melhorar a segurança, um dos aspectos mais frustrantes para os pacientes e profissionais parece ser o aparente fracasso dos sistemas de saúde para aprender com seus erros. Demasiadas vezes, nem os fornecedores, nem as organizações de saúde informam quando ocorre um acidente, tampouco compartilham o que aprenderam quando o inquérito é realizado. Como consequência, os mesmos erros ocorrem repetidamente em muitos ambientes e os pacientes continuam a ser prejudicados por erros evitáveis.

Portanto, ao se tornar paciente, o indivíduo é exposto ao risco de lesões e resultados adversos, o que torna o atendimento médico-hospitalar inerentemente perigoso. Isso faz com que a responsabilidade em manter o paciente seguro não seja só dos profissionais que prestam assistência, mas de todos os componentes do sistema – gerentes, administradores e instituições em geral³.

A cultura da segurança está presente nas organizações de alta credibilidade, que são caracterizadas por processos de risco, complexos, mas com taxas baixas de erros. Tais organizações alcançam alta credibilidade porque estão preocupadas com o dano, e são sensíveis em como cada membro da equipe afeta um processo; eles contam com aqueles que são mais conhecedores do processo para tomada de decisão, e eles resistem à tentativa em culpar os indivíduos dos erros dentro dos processos complexos.

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 2008-2009. Geneva (Swi): World Health Organization; 2010.
3. Reason J. *Human Error*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1990.
4. Vincent C. *Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos*. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2009.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Br). *Biossegurança*. Brasília (DF): ANVISA; 2009.

Lolita Dopico da Silva
Editora Associada