



**Entrevista com
Dr. Jesús Maria Aranaz Andrés**
para o Portal Proqualis – Abril, 2013

Chefe do Serviço de Medicina Preventiva e do Hospital
Universitário San Joan D'Alacant
Colaborador da Organização Pan Americana de Saúde e da
Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS

1. O que o levou a fazer pesquisa na área da segurança do paciente na Atenção Primária?

Antes de mais nada, permita-me caracterizar a questão, para podermos identificar com clareza sobre o que estamos falando. A segurança do paciente, do meu ponto de vista, é uma dimensão fundamental da qualidade do cuidado, que pode ser definida como a ausência de lesões ou complicações evitáveis causadas pelo cuidado de saúde recebido. A segurança do paciente é uma consequência da interação e do equilíbrio permanente entre múltiplas ações do sistema de saúde e de seus profissionais em áreas como a segurança do ambiente e dos equipamentos, a prevenção de infecções, o uso seguro de equipamentos, o desenvolvimento de procedimentos e práticas clínicas seguras ou uma melhor comunicação entre níveis de cuidado, profissionais e pacientes.

Em contraposição à segurança estão os eventos adversos relacionados ao cuidado de saúde. Não se trata de um ideal inalcançável, mas sim de um caminho sem fim, caracterizado pelo desenvolvimento de sistemas e processos destinados a reduzir a probabilidade de ocorrência de falhas e erros, a aumentar a probabilidade de que estes sejam detectados quando ocorrerem e a mitigar as suas consequências. A melhoria da segurança do paciente depende fundamentalmente de um aprendizado contínuo sobre a interação entre os diferentes componentes do sistema.

Os principais problemas dos sistemas de saúde (e é preciso notar que o sistema de saúde é um nível mais elevado do que o dos serviços de saúde, do que o hospital ou do que o centro de saúde) na área da segurança do paciente têm suas raízes na complexidade crescente do cuidado de saúde, na maior vulnerabilidade dos pacientes e, por último, nas dificuldades em melhorar a comunicação dentro de uma organização complexa.

Em 2005, realizamos um trabalho sobre a segurança do paciente na Espanha: o estudo ENEAS¹, um estudo populacional baseado em hospitais que seguiu a

¹ Saiba mais sobre esse estudo aqui: <http://www.who.int/patientsafety/research/eneas/en/>



metodologia de Brennan – isto é, um estudo de coorte histórica que incluiu 5.624 pacientes atendidos em 24 hospitais O trabalho teve um impacto bibliográfico²) e social tão grande que, apresentando um diagnóstico da situação, orientou o *Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud*³ (Plano de Qualidade para o Sistema Nacional de Saúde).

Continuando com a estratégia de desenvolvimento da segurança do paciente na Espanha, o Ministério da Saúde espanhol mostrou-se interessado em conhecer a problemática no âmbito da Atenção Primária e me pediu que realizasse um estudo epidemiológico nessa área. Assim surgiu o estudo APEAS⁴

2. Qual é a importância da segurança do paciente na Atenção Primária?

O estudo APEAS demonstrou que a prevalência de eventos adversos na Atenção Primária na Espanha era de 18,63%, dos quais 70% eram considerados evitáveis. Aparentemente, esse resultado pode dar a impressão de um baixo risco, sobretudo em comparação com a frequência de EAs em hospitais. No entanto, o volume de atendimentos na Atenção Primária é muito elevado – por exemplo, na Espanha ocorrem 268.248.000 consultas/ano; ou seja, em média, 7 de cada 100 cidadãos sofrerão um EA relacionado à Atenção Primária por ano, o que faz com que esse problema seja um dos mais relevantes, ao mesmo tempo em que é um dos mais evitáveis. Cada profissional da Atenção Primária vivenciará 7 eventos adversos por mês, dos quais 5 serão evitáveis⁵). Em consequência disso, estamos diante de um verdadeiro problema de saúde pública no qual as oportunidades de melhorias são extraordinárias.

3. Nas relações entre a Atenção Primária e os hospitais (integração vertical do cuidado de saúde), qual deve ser o lugar da segurança do paciente, ou que aspectos deverão ser resguardados (para possibilitar a reconciliação de medicamentos, a atenção com as infecções na comunidade etc.)?

A busca da eficiência fez com que a internação tenha sido reduzida o máximo possível. Nas duas últimas décadas, o tempo de internação médio não parou de diminuir e isso ocorreu às custas de uma transferência de cuidados para a Atenção Primária. Por outro lado, a capacitação cada vez maior dos profissionais da Atenção Primária faz com que muitos dos cuidados que antes

² Veja mais: <http://psnet.ahrq.gov/resource.aspx?resourceID=8736>

³ Veja mais: <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/component/search/?searchword=eneas&ordering=&searchphrase=al>.

⁴ Estudo APEAS : <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-en/projects/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2006.html?phpMyAdmin=mvRY-xVABNPM34i7Fnm%2C23Wrlq5>.

⁵ Veja mais: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2011/11/28/eurpub.ckr168.short?rss=1>.



eram essencialmente hospitalares possam agora ser realizados em Centros de Saúde. Além disso, é preciso acrescentar os efeitos da crise (na Europa), que nos obriga a fazer cada vez mais com menos. A consequência lógica é que uma maior instrumentalização e complexidade do cuidado provoca um aumento do risco para os pacientes.

Na minha região, a Atenção Primária e a Atenção Hospitalar estão há muito tempo integradas numa só Gerência e, apesar de tudo, ainda não atingimos o trabalho em equipe e a atenção integral. Na minha opinião, o grande risco para o cuidado de saúde no terceiro milênio está na falta de coordenação entre os níveis de atenção. Os déficits de comunicação e as falhas nas transferências do cuidado são pontos críticos para a segurança do paciente.

4. De acordo com a sua experiência, qual é a frequência de EAs nas instituições de Atenção Primária?

No estudo APEAS, foi feita a revisão de 96.047 consultas de Atenção Primária em Centros de Saúde. No total, 452 profissionais (médicos e enfermeiros) identificaram 1.790 EAs. A prevalência de eventos adversos foi de 18,63%. Desses, 54,7% foram considerados leves, 38% moderados e 7,3% graves.

Em 23,6% dos casos, a consequência do EA não afetou o cuidado de saúde; em 33,1%, exigiu um nível mais elevado de observação e monitoramento; em 7,5%, exigiu um exame adicional; e em 17,1% dos casos, foi necessário um cuidado clínico ou cirúrgico adicional pela Atenção Primária. Em 24,9% dos casos, a consequência do EA exigiu uma consulta ou um encaminhamento à Atenção Especializada (sem internação) e, em 5,8% dos casos, exigiu a internação do paciente para algum tratamento de suporte à vida.

5. Qual é a percentagem de EAs considerados evitáveis?

No estudo APEAS, 6,7% dos EAs foram considerados completamente inevitáveis, 23,1% foram considerados pouco evitáveis e 70,2% foram considerados claramente evitáveis. A evitabilidade do EA esteve relacionada à sua gravidade. Assim, 65,3% dos EAs leves, 75,3% dos EAs moderados e 80,2% dos EAs graves foram evitáveis – e essa diferença foi estatisticamente significativa.

Dessa forma, fica claro que a prevenção dos efeitos adversos na Atenção Primária é uma estratégia prioritária, tendo em vista que 7 de cada 10 eventos adversos são evitáveis, e são mais evitáveis quanto maior for a sua gravidade. Essa informação abre o caminho para aumentar a segurança clínica apesar dos bons resultados obtidos.



6. Quais métodos são os mais adequados para avaliar a frequência de EAs na Atenção Primária? É possível fazer um paralelismo com os métodos utilizados nos hospitais?

O contexto da Atenção Primária exige necessariamente uma adequação dos métodos ao contexto de prestação do cuidado. No entanto, à semelhança do que ocorre no meio hospitalar, a quantificação do problema é o primeiro passo para a concepção de estratégias de melhoria. Talvez por isso, a aplicação de métodos envolventes baseados na combinação de múltiplas estratégias (*bundles*) seja muito utilizada na atualidade; isto é, além da revisão da história clínica, é feita a notificação de eventos pelos profissionais e também pelos pacientes, dado que boa parte da Atenção Primária ocorre no domicílio do paciente. O programa “Pacientes por la Seguridad del Paciente” certamente será mais eficaz nesse nível de atenção.

7. Quais são os tipos de EAs mais frequentes na Atenção Primária?

Em nosso estudo, 47,8% dos EAs estiveram relacionados aos medicamentos, 8,4% às infecções relacionadas à assistência à saúde, 10,6% a algum procedimento e 6,5% ao cuidado. Considero especialmente relevante o fato de que 20% dos casos, isto é, 1 em cada 5, tiveram uma pior evolução de sua doença de base, pois isso está ligado à integração do cuidado, à adequação diagnóstica e à rapidez/demora com que é feito o diagnóstico.

Dentre os EAs mais frequentes, destacam-se as náuseas, os vômitos ou as diarreias secundários ao uso de medicamentos; os pruridos, os exantemas ou as lesões dermatológicas, relacionados ao uso de fármacos ou curativos; as infecções de ferida cirúrgica e/ou traumática e as alterações neurológicas secundárias ao uso de medicamentos, que somam cerca de 44% dos efeitos adversos.

8. Quais são os fatores que mais contribuem para essas ocorrências? Que métodos/estratégias podem diminuir a ocorrência de EAs (ou mitigar os fatores contribuintes)?

Na metade dos casos, os fatores causais dos EAs estiveram relacionados ao uso de medicamentos; em um quarto dos casos, estiveram relacionados ao cuidado; em 13,1%, estiveram relacionados ao diagnóstico; e, em 8,9%, a questões administrativas. No entanto, vale a pena destacar que estamos diante de um problema com múltiplas causas. Independentemente da origem, em um quarto dos EAs ocorreram problemas de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente ou entre os profissionais da equipe de saúde.

9. Que áreas devem ser priorizadas em segurança do paciente, na Atenção Primária?

O estudo APEAS apresentou uma metodologia facilmente replicável para o estudo dos eventos adversos na Atenção Primária, dando-nos, assim, a possibilidade de monitorar os riscos presentes no cuidado de saúde. Uma vez demonstrado que a multicausalidade está presente na origem dos EAs, é necessária uma abordagem multifatorial para melhorar a segurança do paciente de forma efetiva.

Tendo em vista a importância do uso de medicamentos tanto na origem como nas consequências dos eventos adversos, é recomendável padronizar a apresentação das informações sobre o medicamento da indústria para o profissional e deste para o paciente, a fim de garantir o seu uso seguro. Isto também vale para os sistemas informatizados associados à história clínica. Essa é uma necessidade inadiável.

Os procedimentos e o cuidado devem ser permanentemente atualizados, de forma a incorporarem as técnicas mais seguras disponibilizadas pelos avanços científicos. Em conclusão, a elaboração de estratégias destinadas a melhorar a segurança do paciente na Atenção Primária é altamente efetiva, pois pode evitar 70% dos eventos adversos em geral e 80% dos eventos adversos graves.

Além disso, permita-me fazer uma reflexão antes de tentarmos prever o futuro. O estudo foi realizado graças à colaboração de uma amostra não significativa, porém representativa, de profissionais da Atenção Primária de todo o país. A frequência de eventos adversos na Atenção Primária deverá ser, no mínimo, igual a que foi encontrada neste estudo e espera-se um aumento nos próximos anos. O interesse da organização e a motivação dos profissionais, porém, tenderão a mitigar o seu impacto.

10. Qual é o futuro da pesquisa na área da segurança do paciente na Atenção Primária (que linhas de pesquisa é preciso privilegiar)?

Na minha opinião, o desafio do terceiro milênio na área da segurança do paciente encontra-se na mudança cultural, na necessidade de avançarmos para uma cultura proativa de segurança, em vez de uma cultura punitiva, cujo único efeito é a tendência à ocultação dos fatos. Se não formos capazes de abordar com serenidade a análise das falhas, não teremos a possibilidade de aprender com elas e, conseqüentemente, a probabilidade de que essas falhas se repitam será maior (primeira linha de pesquisa: cultura de segurança).

Os profissionais de saúde são seres humanos e uma das características do ser humano é justamente a sua falibilidade. Conseqüentemente, a menos que uma pessoa se sinta tocada por um dom divino, deverá aceitar, desde o seu processo de formação até a sua prática clínica, que em algum momento cometerá um erro e que em alguma ocasião (nem sempre) esse erro poderá causar danos a um paciente. No entanto, a comunidade em geral e a academia em particular foram tradicionalmente pouco sensíveis a essa realidade, como se não tivéssemos, ou como se tivéssemos em menor medida,



PROQUALIS

essa capacidade de errar. Não podemos esquecer que os seres humanos cometem erros porque são capazes de tomar decisões, e estas nem sempre são corretas. Entretanto, as máquinas, os sistemas, que não têm essa capacidade de intervir no curso dos acontecimentos, falham (segunda linha de pesquisa: capacitação dos profissionais).

Tendo em vista que nas escolas de ciências da saúde não existe uma formação específica sobre a maneira de enfrentar os erros, e muito menos sobre a capacidade de explicar os fatos ao paciente, o profissional que se vê envolvido num dano ao paciente sofre de forma semelhante ao seu paciente. Certos estudos demonstram que alguns profissionais não conseguem superar o problema e abandonam a profissão; outros sofrem em silêncio, mas nenhum deles se mantém insensível (terceira linha de pesquisa: segundas vítimas).

A prática clínica precisa de um aliado, o paciente, que deve ser integrado à equipe de saúde como mais um membro, ocasional, mas ainda assim um membro. A contribuição do paciente é fundamental para garantir a sua segurança. Apresento aqui um dado. O custo da não adesão ao tratamento farmacológico na Europa é estimado em 125 bilhões de euros/ano, o que contribui com 200.000 mortes prematuras/ano. Por quê? Porque um terço dos pacientes não obtém os medicamentos prescritos pelo médico na farmácia, a metade esquece-se de tomar o medicamento, 30% deixam de tomar o medicamento uma vez iniciado o tratamento e um quarto toma uma dose inferior à prescrita. A base para melhorar a confiança do paciente é a comunicação (quarta linha de pesquisa: melhorar a comunicação com o paciente).

Além disso, é preciso continuar o trabalho com a reconciliação de medicamentos, a continuidade do cuidado, a higienização das mãos e os programas de vigilância de microrganismos resistentes na Atenção Primária, pois estes estão cada vez mais presentes na comunidade.

Para concluir e resumir, eu diria que estamos diante do desafio de reduzir a brecha entre o que sabemos sobre segurança, que não é pouco; aquilo de que dispomos, que não é muito; e o que é factível e necessário fazer.

Uma tarefa complexa, mas apaixonante.

Portal Proqualis

Av. Brasil, 4365 – Rio de Janeiro – RJ CEP 21040-360
proqualis.net