

Medição e monitoramento da segurança

Unindo as evidências acadêmicas à experiência prática para produzir um referencial explicativo para a medição e o monitoramento da segurança

Publicado pela *Health Foundation* em 2013 com o título

The measurement and monitoring of safety

©2013 The Health Foundation

Este texto foi originalmente escrito em inglês. A *Health Foundation* permitiu a tradução deste artigo e cedeu os direitos de publicação ao Proqualis/Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, único responsável pela edição em português. A *Health Foundation* não se responsabiliza pela acurácia das informações e por perdas ou danos decorrentes da utilização desta versão.

Medição e monitoramento da segurança

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2013

Coordenação Geral: Claudia Maria Travassos

Revisão técnica: Victor Grabois e Bárbara do Nascimento Caldas

Revisão gramatical/Copydesk: Priscilla Mouta Marques

Edição Executiva: Alessandra dos Santos e Miguel Papi

Tradução: Diego Alfaro

Introdução

Ao longo dos últimos 10 anos, um enorme volume de dados sobre erros no cuidado de saúde e danos causados aos pacientes foi coletado, ocorreram muitos casos trágicos de falhas no cuidado de saúde e notou-se uma crescente produção de relatórios governamentais e profissionais importantes que tratam da necessidade de tornar o cuidado de saúde mais seguro. Hoje em dia, já existe uma ampla aceitação e conscientização sobre o problema dos danos no cuidado de saúde, e foram feitos esforços consideráveis para melhorar a segurança do cuidado.

Porém, se nos perguntarmos se os pacientes estão mais seguros do que estavam 10 anos atrás, é curiosamente difícil encontrar uma resposta. O que medimos hoje não é o grau de segurança dos sistemas de saúde na atualidade, mas sim o quão nocivos foram no passado. A *Health Foundation* acredita que não será possível melhorar a segurança do paciente até que compreendamos claramente, antes de mais nada, como determinar se o cuidado é seguro.

Em *The measurement and monitoring of safety*, o professor Charles Vincent e colaboradores do Imperial College London reúnem evidências extraídas de uma série de fontes (pesquisas

publicadas, dados públicos, estudos de caso e entrevistas), tanto de ambientes de saúde como de outras indústrias em que a segurança é um fator crítico.

Os autores fizeram uma síntese dessas evidências e propõem um referencial explicativo único para a medição e o monitoramento da segurança, reunindo diversas facetas conceituais e técnicas da segurança. O referencial sublinha as dimensões cruciais a serem consideradas por qualquer organização de saúde em seus planos de medição da segurança. Além disso, apresenta um ponto de partida para as discussões sobre o que significa a "segurança" e como esta pode ser gerida ativamente.

Sobre este documento

Este documento fornece um breve resumo do relatório completo. Apresenta o referencial explicativo de medição e monitoramento da segurança e traz uma síntese da discussão feita no relatório completo sobre cada uma de suas dimensões. Na conclusão do relatório completo, os autores delineiam dez princípios norteadores para a medição e o monitoramento da segurança. Esses princípios também são resumidos aqui.

Este documento sintetiza o relatório *The measurement and monitoring of safety*, um *Spotlight Report* da *Health Foundation*, produzido por Charles Vincent, Susan Burnett e Jane Carthey.

O relatório completo está disponível por encomenda ou para [download](http://www.health.org.uk/measuresafety) em: www.health.org.uk/measuresafety.

Uma versão impressa deste resumo está disponível na forma de um livreto em tamanho A5 (somente em inglês).

Um referencial explicativo para a medição e o monitoramento da segurança

Quando perguntamos se uma organização de saúde é segura, o que exatamente queremos saber? Uma das razões que tornam essa pergunta tão difícil de responder é o fato de que a segurança tem muitas facetas diferentes, que nem sempre são distinguidas com clareza. Podemos abordar as diferentes dimensões da segurança numa organização fazendo cinco perguntas fundamentais:

- O cuidado de saúde foi seguro no passado?
- Os nossos sistemas e processos clínicos são confiáveis?
- O cuidado é seguro hoje?
- O cuidado será seguro no futuro?
- Estamos reagindo e melhorando?

Em *The measurement and monitoring of safety*, o professor Vincent e seus colaboradores desenvolvem essas perguntas, transformando-as num referencial baseado numa revisão rigorosa da literatura e num panorama das práticas atuais. O referencial sublinha cinco dimensões que, segundo os autores, devem ser incluídas em qualquer abordagem de monitoramento da segurança a fim de apresentar um quadro abrangente e equilibrado da segurança numa organização de saúde.

As cinco dimensões são:

- **Danos passados:** incluindo indicadores tanto psicológicos como físicos.
- **Confiabilidade:** definida como o "funcionamento sem falhas ao longo do tempo" e aplicada a indicadores do comportamento, dos processos e dos sistemas.
- **Sensibilidade às operações:** as informações e a capacidade de monitorar a segurança hora a hora ou dia a dia.
- **Antecipação e preparação:** a capacidade da organização de antecipar os problemas e de estar preparada para a sua ocorrência.
- **Integração e aprendizado:** a capacidade de reagir e melhorar a partir das informações de segurança.

O professor Vincent e seus colaboradores acreditam que esse referencial reúne as principais facetas da segurança ao mesmo tempo em que, com sua simplicidade e clareza, permite guiar e embasar a medição e o monitoramento da segurança.

Cada dimensão do referencial é explicada e discutida de forma resumida nas próximas páginas.

Figura: Um referencial explicativo para a medição e o monitoramento da segurança



Danos passados

Tradicionalmente, a segurança do paciente concentrou-se em eventos relativamente raros e muitas vezes trágicos. Porém, ao longo do tempo, ficou claro que a frequência dos erros e dos danos é muito maior do que se acreditava anteriormente. Hoje em dia, a segurança do paciente envolve muito mais que a prevenção de eventos trágicos, porém raros. Também precisamos enfrentar as infecções relacionadas à assistência à saúde, os eventos adversos relacionados a medicamentos, as complicações e os danos causados por quedas e úlceras por pressão e mais uma série de outros incidentes raros e menos previsíveis. Para avaliar os danos causados pelo cuidado de saúde, precisamos considerar todos esses tipos de evento.

A maior parte dos pacientes é vulnerável, em certo grau, às infecções, aos eventos adversos relacionados a medicamentos, às quedas e às complicações de cirurgias e outros tratamentos. Os pacientes mais idosos, frágeis ou com múltiplas doenças podem ser afetados pelo excesso de tratamento, pela polimedicação e por outros problemas, como o delírio, a desidratação ou a desnutrição. Os pacientes também podem sofrer danos por eventos raros e talvez imprevisíveis provocados por novos tratamentos, novos equipamentos ou combinações raras de problemas que não podem ser previstas com facilidade.

O relatório divide essas diversas formas de dano nas seguintes seis categorias:

- Danos específicos de certas terapias, como as reações adversas a medicamentos ou as complicações de tratamentos.
- Danos causados pelo excesso de tratamento, como as quedas resultantes do uso excessivo de sedativos.
- Danos gerais decorrentes do cuidado de saúde, como as infecções adquiridas no hospital.
- Danos por falhas na oferta de um tratamento adequado, como a não administração de antibióticos profiláticos antes de uma cirurgia.
- Danos resultantes de atraso no diagnóstico ou de diagnóstico inadequado, como um diagnóstico lento ou errado diante de sintomas de câncer.
- Danos psicológicos e sensação de insegurança, como a depressão clínica após uma mastectomia.

Nos últimos anos, organizações de saúde e pesquisadores utilizaram diversas abordagens para medir os danos, baseando-se numa variedade de métodos e fontes de dados. Alguns métodos, como a medição da mortalidade, concentram-se em questões muito específicas. Outros, como a revisão de prontuários, tentam cobrir vários tipos de dano possíveis. Os

indicadores disponíveis podem ser agrupados em quatro tipos gerais:

- estatísticas de mortalidade;
- métodos baseados na revisão de prontuários.
- métodos baseados na notificação por parte dos profissionais;
- bases de dados de rotina.

Cada um desses grupos possui vantagens e limitações e nenhum deles é capaz de refletir todos os tipos de dano discutidos acima, pois enfocam questões diferentes. Uma organização pode ter baixos níveis de mortalidade, mas uma alta taxa geral de eventos adversos, ou vice-versa. Cada medida consiste numa avaliação útil, porém parcial, da ampla questão subjacente aos danos, e a utilidade e a validade de

cada medida ainda estão sendo exploradas.

Reflexões

A medição dos danos não é equivalente à medição da segurança, mas é uma base essencial. Qualquer que seja a abordagem usada para medir os danos, ela deve ser válida e confiável. É importante dar atenção à confiabilidade da fonte de dados e definir claramente o tipo de dano que está sendo medido. Precisamos conceber medidas mais específicas e sutis dos danos, que possam ser rastreadas ao longo do tempo e que demonstrem claramente se o cuidado de saúde está se tornando mais seguro. No entanto, se quisermos uma abordagem mais equilibrada para a medição e o monitoramento da segurança, precisamos ir além da medição dos danos. Isso é o que as outras quatro dimensões do referencial procuram fazer.

Confiabilidade

A confiabilidade é uma base essencial da segurança; porém, por si só, não é suficiente para assegurá-la. A confiabilidade diz respeito apenas à probabilidade de ocorrência de uma falha, e não à gravidade de suas consequências. Definida como um "funcionamento sem falhas ao longo do tempo", a confiabilidade tem sido, há muitos anos, um dos focos de indústrias preocupadas com a segurança, como a aviação e a energia nuclear, com resultados impressionantes.

No cuidado de saúde, por outro lado, está bem claro que muitos sistemas possuem uma baixa confiabilidade. Alguns estudos encontraram uma confiabilidade muito baixa, de até 50%, na prestação do cuidado de saúde recomendado, baseado em evidências, para certas doenças. Parte da variação pode ser explicada pelas diferentes características dos pacientes. Entretanto, seria razoável esperar que os processos de rotina que apoiam o cuidado clínico — como assegurar que as informações relevantes estejam disponíveis aos médicos em serviços clínicos — tenham alta confiabilidade.

O conceito de confiabilidade pode ser aplicado de forma mais significativa aos aspectos dos sistemas de saúde que possuem um maior grau de concordância e padronização. Por exemplo:

- **Confiabilidade dos sistemas clínicos.** Nos casos em que os profissionais de

saúde aceitam uma baixa confiabilidade, os problemas não são notificados nem questionados. Os resultados do relatório sugerem que a melhoria de fatores sistêmicos comuns nas organizações poderia ter um maior impacto sobre a segurança do paciente que as abordagens atuais, que se concentram em áreas de risco individuais. O mais importante talvez seja a necessidade de desenvolver uma cultura de questionamento, para que os profissionais de saúde não mais aceitem uma baixa confiabilidade, com seu potencial de danos aos pacientes, como parte do trabalho cotidiano.

- **Confiabilidade do comportamento humano.** No caso de procedimentos padronizados essenciais, a segurança é mantida através da adesão conscienciosa e disciplinada às regras. Três áreas que requerem uma abordagem baseada em protocolos são a higienização das mãos, os erros de medicação e a administração de medicamentos intravenosos.

No sistema público de saúde inglês, a confiabilidade costuma ser avaliada por meio de um programa permanente de auditorias clínicas — algumas definidas no nível local e outras que respondem a imperativos nacionais. As auditorias são notificadas a grupos clínicos e administrativos e resumidas nos relatórios de qualidade da organização.

As organizações realizam uma ampla variedade de atividades para avaliar a

confiabilidade dos processos, a adesão dos profissionais de saúde aos procedimentos e a manutenção e o uso dos equipamentos. Na maioria dos casos, não se considera que esses estudos contribuam para uma avaliação da confiabilidade geral de um sistema por três motivos:

- Os profissionais de saúde não estão acostumados a pensar em termos de padronização e de confiabilidade de processos, o que, por exemplo, seria natural para os engenheiros.
- Muitas dessas avaliações são feitas em resposta a demandas externas vindas de diferentes organizações e, por isso, tendem a ser vistas de forma isolada.
- Raramente se tenta fazer uma avaliação inicial sobre quais processos de uma organização ou de uma unidade clínica são essenciais para a segurança ou para definir objetivos de confiabilidade.

Reflexões

Como descrito acima, as organizações realizam diversas avaliações de confiabilidade. Para muitas organizações, o passo seguinte é identificar todos os processos críticos de segurança e especificar os níveis esperados de confiabilidade. Este passo aparentemente simples provocaria uma grande transformação no cuidado de saúde, representando a passagem de uma abordagem baseada em melhorias graduais para uma perspectiva de engenharia na qual os sistemas são concebidos para funcionar com base em certas especificações diante de uma variedade de condições. O monitoramento da confiabilidade de todo um sistema seria um grande desafio, ainda que todos os processos pudessem ser avaliados periodicamente; porém, essa é, sem dúvida, a direção a seguir para que o cuidado de saúde atinja uma verdadeira confiabilidade.

Sensibilidade às operações

Se quisermos estar seguros ao dirigir um carro, operar máquinas ou atravessar a rua, temos que monitorar continuamente as nossas próprias ações, estar atentos ao ambiente e nos adaptar e responder às diferentes circunstâncias e riscos. As pessoas que trabalham em ambientes de risco — sejam eles um *cockpit*, um centro cirúrgico ou uma clínica de atenção primária — precisam manter o mesmo nível de vigilância e consciência em relação à segurança.

Essa visão pode ser expandida se considerarmos a administração segura de uma organização. Certamente é preciso monitorar os danos e considerar a confiabilidade dos sistemas ao longo do tempo. Porém, a segurança também requer o monitoramento do funcionamento quotidiano de uma organização. As organizações de alta confiabilidade utilizam a expressão "sensibilidade às operações" (em que "operações" diz respeito ao funcionamento de uma organização, e não a procedimentos cirúrgicos) para descrever a grande conscientização dos profissionais de saúde em relação ao funcionamento da organização e sua sensibilidade diante de mudanças e perturbações sutis.

A sensibilidade às operações permite que as pessoas identifiquem problemas precocemente, permitindo-lhes adotar medidas antes que os problemas ameacem a segurança.

Alguns dos mecanismos específicos que dão apoio à sensibilidade às operações no cuidado de saúde são os seguintes:

- **Rondas de segurança.** Uma importante fonte da inteligência de segurança, em que os altos executivos de uma organização discutem as preocupações de segurança com os profissionais.

- **Profissionais dedicados à segurança do paciente.** Profissionais da linha de frente do cuidado, dentre outros, com a função específica de procurar, identificar e resolver ativamente os problemas de segurança do paciente em suas unidades clínicas.

- **Reuniões, passagens de casos e rondas pelas enfermarias.** Oportunidades de transmitir informações de segurança do paciente no interior das equipes responsáveis pelo cuidado ou entre diferentes equipes, e também entre os profissionais de saúde e os pacientes ou cuidadores.

- **Conversas diárias.** Diálogo informal entre as equipes de saúde e os gerentes, usado para identificar atitudes e comportamentos que poderiam indicar uma cultura de segurança fraca na equipe.

- **Entrevistas com pacientes para identificar ameaças à segurança.** Destacando dificuldades práticas e

danos sofridos por pacientes que talvez não fossem imediatamente evidentes para os profissionais de saúde, como, por exemplo, a suposição, por parte de um profissional, de que o paciente entendeu as informações oferecidas no momento da alta hospitalar.

Outro componente fundamental da sensibilidade às operações é o uso de ações e intervenções em tempo oportuno, a fim de conter os possíveis riscos à segurança. Informações em tempo real, obtidas a partir de sistemas de medição do desempenho, apoiam a sensibilidade às operações por melhorarem a rapidez com a qual as equipes de saúde recebem os dados da inteligência de segurança. Por exemplo, um diretor assistencial recebe dados semanais sobre a higienização das mãos que indicam uma queda na adesão a essa prática numa enfermaria.

Na prática, entretanto, diferentes escalas de tempo devem ser usadas em diferentes contextos. Às vezes, em ambientes clínicos, a segurança deve ser monitorada minuto a minuto. Em geral, os gerentes podem ter que resolver a maior parte dos problemas menores diariamente, ou num intervalo de cerca de uma semana.

Reflexões

Diferentes organizações de saúde utilizam diferentes abordagens ao monitorar a segurança diariamente. Algumas possuem abordagens mais evoluídas do que outras — talvez por apreciarem melhor a importância desse tipo de informação. No entanto, também é possível que algumas abordagens funcionem de forma mais efetiva numa organização do que em outra. Isso indicaria a importância do "ajuste" entre a organização e os métodos que esta utiliza para atingir a sensibilidade às operações.

O aspecto da rapidez no âmbito da sensibilidade às operações não se ajusta bem à cultura do NHS, no qual talvez medidas não fossem tomadas diante das informações de segurança até que essas ações fossem sancionadas por um comitê mensal, ou até trimestral. Se quisermos permitir que as organizações de saúde atuem de forma mais rápida em resposta às informações, talvez tenhamos que repensar algumas das estruturas e processos que são aceitos como a base de uma organização segura.

Antecipação e preparação

A antecipação é um componente fundamental em muitas áreas e representa um elemento crítico para a segurança. Essencialmente, a antecipação envolve o ato de pensar adiante e de vislumbrar os possíveis problemas e riscos, permitindo que as pessoas envolvidas façam planos e estejam preparadas.

A capacidade de antecipar e de responder é um elemento essencial da prestação de um cuidado de saúde seguro. No trabalho clínico, o tratamento de doenças complexas e variáveis requer que pensemos adiante e que estejamos preparados para ajustar o tratamento à medida que a condição do paciente se altera. Para considerarmos a segurança de uma organização, precisamos ter uma visão mais ampla. Os profissionais da linha de frente e os gerentes precisam usar as informações para antecipar o funcionamento seguro da organização na qual trabalham, avaliando os riscos e tomando medidas para reduzi-los ao longo do tempo. A segurança, a partir dessa perspectiva mais ampla, requer a antecipação, a preparação e a capacidade de intervir para reduzir os riscos no nível da enfermagem, do serviço ou do sistema.

A antecipação e a preparação exigem que os profissionais de saúde sejam encorajados a fazer questionamentos, mesmo quando tudo corre bem, e que lhes sejam dadas oportunidades de pensar nos possíveis problemas e riscos.

A revisão das tendências de danos aos pacientes e da confiabilidade dos procedimentos, assim como a reflexão sobre a cultura organizacional, pode provocar questionamentos sobre qual seria o grau de resiliência da organização em circunstâncias mais hostis.

As seguintes abordagens têm sido usadas para promover a antecipação e a preparação diante dos riscos:

- **Registros de riscos.** Estes são habitualmente usados em ambientes de saúde para captar e classificar os níveis de risco e para implementar planos de ação destinados a mitigar os riscos identificados. Entre suas desvantagens estão a periodicidade trimestral, que é pouco responsiva, a natureza retrospectiva dos riscos identificados a partir das lições aprendidas e a possibilidade de que os registros sejam vistos apenas como um exercício de "marcar itens numa lista".

- **Análise da confiabilidade humana.** Estas técnicas de análise tomam um processo de cuidado e o examinam sistematicamente para identificar e antecipar os possíveis pontos de ruptura. Servem como uma forma estruturada de antecipar fatores como a carga de trabalho, a familiaridade com o paciente, a comunicação nas interfaces e os níveis de competência para a tomada de decisão durante a fase de concepção do sistema.

- **Casos de segurança.** Estes consistem em processos usados para construir um argumento e apresentar a base de evidências a fim de demonstrar que um sistema foi concebido de forma segura. Habitualmente são usados em indústrias nas quais a segurança é uma questão crítica, mas seu uso foi recentemente proposto no cuidado de saúde para superar os pressupostos e as dependências que podem resultar de uma regulamentação do sistema de saúde centrada na certificação e nas auditorias.

- **Análise da cultura de segurança.** A pesquisa demonstrou que a cultura de segurança está associada às taxas de acidentes e a diversos índices de segurança, mas poucos estudos tentaram prever acidentes futuros a partir de medidas atuais da cultura. Da mesma forma, o clima de segurança entre enfermeiros esteve fortemente associado aos resultados do cuidado e às lesões sofridas por profissionais de saúde.

- **Indicadores ligados aos profissionais de saúde.** É possível utilizar indicadores de segurança relacionados aos profissionais de saúde para antecipar se o cuidado será seguro no futuro. Dentre eles estão as taxas de absentismo por doença, o número de profissionais que receberam treinamento sobre segurança no uso de medicamentos e a frequência mensal de lesões perfurocortantes.

Reflexões

No nível organizacional, a antecipação e a preparação estão relativamente mal desenvolvidas no cuidado de saúde e no interior do NHS. As diferentes dimensões da segurança e a análise da antecipação devem ser mais exploradas, tanto na teoria como na prática.

Existem informações abundantes relacionadas à segurança nos *trusts* do NHS, mas sua utilização sistemática para antecipar se o cuidado será seguro no futuro varia segundo a organização de saúde e o ambiente de cuidado. Enquanto isso, alguns métodos potencialmente úteis, como a análise da confiabilidade humana ou os casos de segurança, não são amplamente conhecidos nem utilizados na concepção dos serviços. Esse talvez seja o próximo desafio a ser enfrentado para que possamos realmente começar a melhorar a segurança do paciente.

Integração e aprendizado

Todas as organizações de saúde irão descobrir muitos incidentes e desvios em relação às melhores práticas se os procurarem. As organizações seguras procuram esses incidentes ativamente e respondem tentando utilizar esse aprendizado para influenciar seu funcionamento futuro.

No cuidado de saúde, entretanto, com a grande variedade de dados disponíveis sobre a segurança, muitas vezes é difícil saber como integrar essa riqueza de informações, analisá-la de forma significativa e utilizá-la para apoiar o aprendizado organizacional e implementar melhorias sustentáveis.

Um dos desafios enfrentados pelos serviços dedicados à gestão de riscos ou à segurança do paciente é compreender a melhor maneira de integrar e ponderar as diversas fontes de dados que, potencialmente, poderão lançar luz sobre as questões de segurança, a fim de priorizá-las de forma efetiva. Dentre essas fontes de dados encontram-se os incidentes notificados, os incidentes detectados a partir de dados administrativos, as reclamações, os incidentes de saúde e de segurança, os inquéritos, os pedidos de pagamento feitos a seguros de saúde, as auditorias clínicas, os dados de rotina, as observações e as conversas informais com os pacientes, as famílias e os profissionais de saúde.

A seguir são apresentadas algumas das maneiras de integrar as diferentes fontes de dados:

- **Integração no nível da unidade de cuidado.** Por exemplo, através de um sistema automatizado de gestão das informações que destaca detalhes como os erros de medicação e as taxas de adesão à higienização das mãos.

- **Integração e aprendizado no nível da gestão.** Por exemplo, usando painéis e relatórios com indicadores, postos ao lado dos objetivos financeiros e de acesso; as prioridades são classificadas com as cores vermelha, amarela ou verde.

- **Integração ao longo de todo um sistema de atenção.** Por exemplo, desenvolvendo um portal *online* de notificação para a qualidade e a segurança do paciente que permita a notificação através da internet e apresente gráficos de controle estatístico de processos (CEP) sob demanda.

- **Uso de diversos sistemas de informação no nível da população.** Por exemplo, compilando um painel de indicadores relacionados à segurança e à qualidade a partir de uma ampla variedade de fontes de dados em toda uma população.

Um sistema de informação deve, na verdade, ser visto como um sistema de "informação, análise, aprendizado,

retroalimentação e ação". Poucas organizações de saúde conseguiram criar tal tipo de sistema, mas podemos imaginar o tipo de trabalho de coleta de dados, análise e resposta que seria necessário. Atualmente, muitas organizações gastam boa parte de seus esforços na coleta de dados, em detrimento dos outros aspectos. Um trabalho muito focado na notificação leva inevitavelmente a um menor investimento de recursos nas áreas mais críticas da retroalimentação e do aprendizado.

A análise de incidentes é um elemento importante — não para pesquisar retrospectivamente as causas-raiz, e sim para destacar as fraquezas persistentes no sistema que podem levar a um novo incidente. Após essa análise, podem ser usados vários métodos para disseminar as lições aprendidas às equipes de saúde, incluindo lições transmitidas por uma *intranet* com links para protocolos clínicos, boletins de segurança e informações compartilhadas pelos líderes das equipes.

O processo final consiste em integrar as informações, analisá-las de forma significativa, extrair lições e, quando necessário, iniciar programas de melhoria. Isso pode ser feito pelo desenvolvimento de relatórios anuais de aprendizado organizacional que integrem e analisem todos os indicadores de segurança a fim de destacar os temas de aprendizado para a organização. Tais relatórios permitem que os diferentes serviços tomem uns aos outros como padrões de referência e oferecem uma visão da organização

como um todo, destacando as áreas nas quais é necessário atuar.

Reflexões

As organizações de saúde podem utilizar várias abordagens diferentes para integrar as diversas fontes de informação de segurança e aprender com elas. Isso é compreensível, dada a diversidade dos serviços clínicos oferecidos em diferentes ambientes de cuidado e as diferentes populações de pacientes atendidas. No entanto, independentemente da abordagem, a retroalimentação, a ação e a melhoria são elementos fundamentais para a integração e o aprendizado. É essencial que as organizações de saúde equilibrem a ênfase na coleta e integração de informações de segurança com a avaliação das maneiras de utilizá-las, para que resultem em retroalimentação, ações e melhorias significativas.

Dez princípios norteadores

O professor Vincent e seus colaboradores concluem seu relatório sugerindo dez princípios norteadores para a medição e o monitoramento da segurança. Estes princípios não são imutáveis; em vez disso, representam possíveis caminhos a seguir, derivados da síntese que os autores fazem das experiências de diversas pessoas e organizações e da literatura de segurança como um todo.

1. O uso de uma única medida de segurança é uma fantasia

Por vezes, a busca por indicadores simples levou as organizações a usar uma única medida, por exemplo, a mortalidade padronizada, como um indicador genérico do desempenho de segurança. No entanto, não é possível sintetizar a segurança num único indicador. Essa abordagem reducionista pode até tornar as organizações de saúde menos seguras, por oferecer falsas garantias.

2. O monitoramento da segurança é fundamental e não recebe suficiente reconhecimento

As organizações de saúde utilizam diversas abordagens, tanto formais como informais, para obter informações de segurança que lhes permitam compreender como são prestados os serviços de saúde na linha de frente do cuidado. Porém, os profissionais de saúde precisam de tempo, liberdade e

autoridade para monitorar a segurança e intervir quando necessário. Os pacientes e cuidadores também desempenham um papel fundamental no monitoramento da segurança — por exemplo, escutando, percebendo e antecipando os riscos. Entretanto, com muita frequência representam uma defesa pouco utilizada na prevenção de danos aos pacientes.

3. Antecipação e abordagens proativas para a segurança

À medida que a medição da segurança evolui dentro de uma indústria, ela costuma deixar de depender excessivamente de indicadores de ocorrência (após o evento) e passa a adotar um modelo misto, que combina indicadores de ocorrência e de tendência (antes de um evento). Entretanto, os estudos de caso apresentados no relatório completo geraram, comparativamente, poucos exemplos de indicadores de antecipação e preparação.

4. Integração e aprendizado: investimento em tecnologia e competência na análise de dados

Atualmente, as informações de saúde encontram-se fragmentadas dentro das organizações do NHS e no sistema como um todo. O maior desafio provavelmente seja integrá-las num formato utilizável e compreensível. Algumas organizações já estão

conseguindo fazê-lo, por terem investido em equipes de análise de dados e na captura automatizada de dados.

5. Mapeamento da medição e do monitoramento da segurança em toda a organização

A medição e o monitoramento da segurança devem ser adaptados, em certa medida, aos ambientes e às circunstâncias locais. Em cada contexto clínico, precisamos considerar que tipos de dano são prevalentes, quais aspectos do cuidado devem ser confiáveis e como monitorar, antecipar e integrar as informações de segurança.

6. Uma mistura de indicadores solicitados por entidades externas e desenvolvidos localmente

A medição e o monitoramento da segurança precisam ser adaptados aos ambientes e às circunstâncias locais. Muitos indicadores devem ser acordados em nível nacional ou até internacional, mas podem ser complementados por indicadores desenvolvidos no nível local. Porém, o monitoramento, a antecipação e a preparação diários são atividades locais necessárias, tanto no nível da enfermagem como no da gestão.

7. A clareza de objetivos é necessária durante o desenvolvimento de indicadores de segurança

As autoridades de saúde, as agências nacionais e os gestores de recursos financeiros devem considerar os critérios em que se baseiam as medidas

de segurança e precisam ser claros em relação ao objetivo de cada indicador. Também devem desconfiar da coleta de dados excessivamente complexos e testar os indicadores de segurança antes da implementação.

8. O empoderamento e a delegação de responsabilidades são fundamentais para o desenvolvimento e o monitoramento de indicadores de segurança

As unidades de cuidado devem ter flexibilidade para desenvolver indicadores que sejam relevantes e adaptados ao seu contexto clínico, para que os profissionais da linha de frente não fiquem de mãos atadas. As autoridades de saúde precisam adotar uma abordagem baseada na definição de objetivos, dando às organizações alguma flexibilidade na forma como demonstram que o seu cuidado é seguro.

9. A colaboração entre reguladores e regulamentados é fundamental

A fragmentação das informações cruciais de segurança entre muitos participantes nos níveis nacional e local, combinada à abordagem fragmentada em relação à regulamentação, são possíveis ameaças à segurança. A multiplicidade de autoridades de regulamentação provoca um enorme consumo de recursos para atender às demandas externas, em detrimento de atividades críticas como o monitoramento, a antecipação e a melhoria.

10. Atenção aos incentivos perversos

Alguns tipos de indicador introduzem incentivos perversos, que podem levar a comportamentos indesejáveis. Por exemplo, a imposição de sanções financeiras pode promover a subnotificação ou um foco excessivo num certo tipo de dano. Em vez disso,

precisamos de uma abordagem mais holística para a medição, o monitoramento e a implementação de intervenções para todos os tipos de dano.

Dê a sua opinião

O relatório de investigação Francis e os recentes debates sobre a segurança da cirurgia cardíaca pediátrica em Leeds sublinharam mais uma vez a importância e as complexidades de se determinar se um prestador de cuidado de saúde é seguro.

A *Health Foundation* acredita que a segurança do paciente não irá melhorar até que saibamos, antes de mais nada, como determinar se o cuidado é seguro.

Em *The measurement and monitoring of safety*, Charles Vincent e seus colaboradores propõem um novo referencial para nos ajudar a encontrar a resposta para a difícil pergunta: qual é o grau de segurança do cuidado na atualidade?

A *Health Foundation* está à procura de opiniões sobre o relatório e sobre como o referencial proposto poderia ajudar a melhorar a segurança do paciente.

Gostaríamos de conhecer as opiniões e ideias de uma ampla gama de atores

envolvidos — incluindo pessoas com funções especificamente ligadas à segurança do paciente, profissionais envolvidos na prestação direta do cuidado, pacientes e cuidadores e o público em geral.

Por favor, envie a sua opinião até 1 de julho de 2013. As respostas podem ser enviadas para:

www.health.org.uk/safetyconsult

Para ajudar outras pessoas envolvidas no trabalho de segurança do paciente, vamos compartilhar de forma ampla o que aprendermos com as respostas. Também vamos usá-las para aprimorar as nossas ideias sobre como melhorar a segurança do paciente, desenvolvendo ainda o referencial para que, se apropriado, ele possa ser usado na prática.

Agradecemos desde já por compartilhar a sua opinião.

The Health Foundation
90 Long Acre
Londres WC2E 9RA
Tel: 020 7257 8000
Fax: 020 7257 8001
E-mail: info@health.org.uk

Número de registro como entidade sem fins lucrativos: 286967
Número de registro da empresa: 1714937

Para mais informações, visite:
www.health.org.uk

Siga-nos no Twitter:
www.twitter.com/HealthFdn

Assine a nossa *newsletter*, enviada por e-mail:
www.health.org.uk/enewsletter

© 2013 The Health Foundation

Traduzido por
Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2013
Ministério da Saúde
Avenida Brasil, 4365 | Pavilhão Haity Moussatché – Sala 201
Rio de Janeiro | RJ | Brasil
CEP 21.040-360
Tel: +55 21 3865-3283
E-mail: proqualis@icict.fiocruz.br

Para mais informações, acesse:
<http://proqualis.net>